



MODULE

"Formation du Personnel Sanitaire de 4 Centres Hospitaliers
et 4 Centres de Santé de la zone Miti-Murhesa sur
la Santé Mentale et Soutiens Psychosociaux (SMSPS) dans les
Émergences avec un accent sur les Droits de l'Homme"

15 - 19 Mars 2021

Centre Psychosociale MUTIMA (CH Lwiro), Sud Kivu,
République Démocratique du Congo





REMERCIEMENTS

De la part de toute l'équipe de Coopera Congo et Coopera España, nous tenons à remercier tout d'abord l'Agence Basque de Coopération au Développement, qui a cru au projet.

Bien entendu, la collaboration interinstitutionnelle a été le fleuron de la formation. Toutes les organisations vouées à la promotion de la santé mentale n'ont pas hésité à apporter leurs connaissances pour former une équipe de médecins et d'infirmiers, très professionnelle et passionnée par le nouveau sujet.

Nous tenons particulièrement à remercier au Centre de Recherche en Sciences Naturelles (CRSN) pour son dévouement total à faire de la formation un succès. Spécialement on remercie au Docteur Bajope, Directeur General du CRSN, qui a appuyé sans hésité, la construction du Centre Psychosociale MUTIMA comme un nouveau service de le Centre Hospitalier de Lwiro et tous ses services pour la communauté.

Remercions le personnel de santé du Centre Hospitalier de Lwiro pour sa participation active et réceptive, un exemple de groupe de personnes souhaitant en savoir plus pour offrir un meilleur service à leurs usagers.

Aussi, on remercie au personnel sanitaire du : Hopital General de Reference de Miti ; CH Musamarya ; CH Kavumu ; CS Lwiro ; CS Kahungu ; CS Musamarya ; CS PNKB ; Centre Medical de Murhesa. Un total de 23 participants. À tous et à toutes qui ont été avec nous pendant les cinq jours de formation, merci.

L'accueil de la Coordination de la santé mentale dans la province est très important, accompagnant le processus et participant activement à l'élaboration d'une formation pilote.

TABLEAU DES MATIERES

- **PRESENTATION CRSN**

Pour CRSN.
Dr. Bajop Baluku, Directeur Generale

- **PRESENTATION COOPERA ONGD**

Pour COOPERA.
Lorena Aguirre, Directrice Pays

- **GENERALITES SUR LA SANTÉ**
- **DONNÉES ÉPIDÉMIOLOGIQUES**
- **LA SANTE MENTALE DANS LES SOINS DE SANTE PRIMAIRES**

Pour la Coordination en Santé
Mentale au Sud-Kivu
Dr. Devote CIREGANO

- **INTRODUCTION A LA SANTE MENTALE**
- **TROUBLES DEPRESSIVES**
- **TROUBLES ANXIEUSES**
- **TROUBLES SOMATOFORMES**
- **STRESS CHEZ LE PERSONNEL SOIGNANT (BURN OUT)**
- **SANTE MENTALE DANS LES EMERGENCES**

Pour l'Hopital Provincial Généralde
Référence de Bukavu
Dr. ACHILLE BAPOLISI

- **TROUBLES LIES AU STRESS (TRAUMA)**
- **TROUBLES DE LE SPECTRE DE LA SCHIZOPHRÉNIE**
- **TROUBLES BIPOLAIRES**
- **TROUBLES DE LA PERSONNALITÉ**
- **TROUBLES LIES A**
- **L'UTILISATION DE SUBSTANCES PSYCHOACTIVES**

Pour Centre
Neuropsychiatrique SOSAME
Dr. Éric KWAKYA

- **LA PSYCHOTHERAPIE**

Pour la Coordination en Santé
Mentale au Sud-Kivu Théophile
KASHINU, Psychologue Clinicien

Nous présentons un module au format digitale pour sensibiliser à la déforestation subie par notre planète et nous invitons les participants à apporter leurs contributions personnelles. Avant d'imprimer ce module, veuillez vérifier qu'il est vraiment nécessaire; l'environnement est l'affaire de tous.

Présentation COOPERA ONGD

L'ONGD COOPERA CONGO, travaille en République Démocratique du Congo depuis 2006. COOPERA développe un Programme de Conservation Communautaire autour du Parc National de Kahuzi-Biega, appelé "MAZINGILA", avec son pilier central, le Centre de Réhabilitation des Primates de Lwiro (CRPL)

Le programme MAZINGILA est réalisé grâce à ses deux principaux partenaires:

- Le Centre de Recherche en Sciences Naturelles (CRSN Lwiro) et
- L'Institut Congolais pour la Conservation de la Nature (ICCN).

Notre siège se trouve au Centre de Recherche en Sciences Naturelles à Lwiro, entre le lac Kivu et le PN Kahuzi-Biega. C'est au sein du CRSN que se trouve le Centre de Réhabilitation des Primates de Lwiro.

COOPÉRA travaille dans trois domaines interconnectés dans le territoire de Kabare, en Province du Sud-Kivu:

1. Protection de la Biodiversité;
2. Santé Mentale et Soutien Psychosocial;
3. Développement Communautaire;



Notre Programme de Santé Mentale et Soutien Psychosocial

Coopera ONGD est un grand promoteur de la santé mentale et du soutien psychosocial depuis 2012.

La société congolaise a souffert pendant des décennies, les conflits et la pauvreté. Cette souffrance, dans certains cas, peut se traduire par le développement d'un trouble mental. Les personnes qui développent, par exemple, l'anxiété, la dépression ou trouble de stress post-traumatique, ont besoin de soins psychologiques et / ou psychiatriques spécialisés. Cela les aidera à guérir les traumatismes et à développer leur plein potentiel humain. Une personne en bonne santé mentale est un moteur de développement communautaire.

NOS RÉALISATIONS

2012 - 2013 Cellules de protection de l'enfance dans 14 écoles dans le Territoire de Kabare

2014 - 2019 Programme de prise en charge Holistique des mineurs victimes de violences sexuelles (médicale, psychothérapie individuelle et groupale, scolarisation par cycle, judiciaire et jeux thérapeutiques) dans le Territoire de Kabare et Kalehe (327 mineurs attendus).

2015 - 34 agents communautaires des territoires de Kabare et de Kalehe se forment pour réaliser un modèle de thérapie pour les VVS mineures. La formation consistait en 40 heures de théorie et 50 heures de pratique et appliquera quatre mois de thérapie de groupe pour différents groupes d'âge (3-6 ans; 7-12 ans; 13-18 ans).

2016 - 35 directeurs et enseignants d'écoles du territoire de Kalehe ont été formés: «Manuel de formation sur les traumatismes psychologiques de l'enfant et les interventions possibles dans les écoles». Ils étaient les directeurs et enseignants des écoles où nos bénéficiaires du programme ont étudié. Notre objectif était de changer la perception des enseignants sur les attitudes des enfants traumatisés.

2014 - 2018 Programme de prise en charge de 50 enfants soldats (scolarisation, psychothérapie et jeux thérapeutiques).

2016 - 2018 Don de 206 KITS PEP et 126 KITS hygiéniques pour les mineurs victimes de violences sexuelles dans 10 centres de santé des Territoires de Kabare et Kalehe (CS Bagana, CS Kachiri, CS Kavumu, CS Lwiro, CS Makuta, CS Nuru, CS Tchigoma, CS Bitale, CS Bitobolo et CS Ciriba).

2017 - Atelier de 16 heures intitulé "JE SUIS, JE PEUX", avec 90 femmes de la Plateforme ECOLO-Femmes / Kabare. Nous avons nourri l'estime de soi des femmes, exploré leurs forces et les avons aidées à avancer dans l'avenir. Des techniques d'auto-application ont été données pour libérer les émotions négatives, telles que la «technique de la liberté émotionnelle».

Notre Programme de Santé Mentale et Soutien Psychosocial

NOS RÉALISATIONS

2018 - «Formation en Gestalt Thérapie pour les Enfants» à 10 psychologues cliniciens congolais pendant 40 heures. Parmi les techniques apprises, figurait l'utilisation du bac à sable. Grâce à la formation, les psychologues peuvent désormais exercer une psychothérapie spécialisée pour traiter les enfants traumatisés.

2018 - Thérapie «Exercices de tension et de relâchement des traumatismes» (TRE) avec des mères et des filles qui ont été victimes de violences sexuelles. TRE est une thérapie corporelle pour la libération émotionnelle, dans laquelle le groupe a d'excellents avantages physiques et émotionnels. Nous visions à renforcer la connexion mère-fille mais aussi à libérer une partie de leur tension interne. L'atelier a été un grand succès où tout le groupe a eu une décharge émotionnelle intense qui leur a causé une grande joie.

2019 - Coopera a créé trois espaces de soutien thérapeutique pour la Plateforme ECOLO-Femmes / Kabare afin d'évaluer et de soigner 215 femmes. Les femmes sont victimes de violence sexiste, de violence sexuelle, de violence psychologique et même de violence culturelle.

2019 - 2020 Entrenement en Résilience Psychologique avec 60 Eco-gardes du Parc National de Kahuzi-Biega (PNKB). Une évaluation psychologique est effectuée, suivi de soins psychologiques et psychiatriques.

2020 - 2021 Projet en cours:

- Construction et équipement du Centre Psychosocial MUTIMA;
- Formation des psychologues et agents communautaires en psychothérapie: écoute active, traumatisme et résilience;
- Formation des médecins et infirmiers du HGRB, Panzi et Lwiro;
- Renforcement interorganisationnel dans le domaine de la santé mentale;
- Sensibilisation communautaire à la santé mentale;
- Soins psychologiques et psychiatriques pour 215 femmes.

**Présentation du DG du CRSN a la
formation du personnel sanitaire de
l'Hopital di Lwiro et ses environs**

Prof. Dr Baluku Bajope

Plan de la présentation

- Présentation du CRSN
- Présentation du centre Psychosocial MUTIMA
- Présentation de la mission du CRPL

Présentation du CRSN

- Centre de recherche avec ses départements
- Centre de recherche avec un positionnement au niveau de recherche humaine
- Centre de recherche avec un lien avec la conservation des primates

1. Centre de recherche avec ses départements

- Le CRSN ou Centre de Recherche en Sciences Naturelles, est une institution étatique dépendant du ministère de la recherche scientifique et innovations technologiques.
- **Historiquement**, il était créé en juillet 1947 par le Prince Charles de Belgique, sous l'appellation IRSAC ou Institut pour la Recherche Scientifique en Afrique Centrale.

- **En 1975**, l'IRSAC devenait IRS ou Institut de Recherche Scientifique par le décret no75-029 du 22 Octobre 1975.
- **En 1982**, l'IRS devenait CRSN par l'Ordonnance Loi no 040/82 du 5 novembre 1982.
- Les objectifs de l'IRSAC, IRS et du CRSN sont présentés dans le dépliant devant vous.
- **En 2018**, le statut du personnel du CRSN est régi par la Loi no 18/038 du 29 décembre 2018 portant statut du personnel de l'enseignement supérieur, universitaire et de la recherche scientifique.

- **Au point de vue organisationnel**, le CRSN est géré par un Comité de Gestion composé d'un Directeur Général, un Directeur Scientifique et d'un Directeur Administratif et Financier. Le CRSN organise la recherche, qui est l'activité principale, dans cinq départements:
 - le département de Biologie (avec le CRPL)
 - Le département de Documentation
 - Le département de Géophysique
 - Le département de l'environnement et
 - Le département de Nutrition (avec le centre hospitalier de Lwiro, le Centre de santé de Cegera et le psychosocial Mutima de Lwiro)

2. Centre de recherche avec un positionnement au niveau de recherche humaine

- Le CRSN a fonctionné jusqu'à une certaine époque comme un centre de recherche en sciences naturelles exclusif.
- **En 2003**, il a signé une convention de partenariat avec l'ICCN et Coopera, une ONG espagnole, pour mettre au point et gérer le CRPL ou Centre de Réhabilitation des Primates de Lwiro.

- Avec l'évolution du temps, le personnel du CRPL a commencé à manifester des signes de traumatisme psychique, suite à la présence permanente et la manipulation des primates.
- Des signes similaires ont été notés dans le personnel du PNKB et dans la communauté suite aux différentes causes (présence et manipulation des animaux sauvages, braconnages, violences et pillages par des groupes armés, etc.)
- Ceci a engendré l'idée de création d'un centre psychosocial à Lwiro, à côté du CRPL, du PNKB, de la communauté, avec les trois objectifs spécifiques suivants:

- dépister et soigner les éventuels malades au CRPL et dans la communauté environnante;
- Former le personnel soignant des formations médicales de Lwiro et des milieux environnant
- Exploiter les données accumulées au centre psychosociale de Lwiro pour faire assoir des recherches psychosociales afin de contribuer aux politiques d'améliorer la santé psychique et psychologique du personnel du CRPL, PNKB et de la communauté.

- Les recherches psychiques ou psychologiques à mener au Centre Mutima de Lwiro feront partie de la Recherche humaine.
- Cependant, ces recherches seront limitées aux activités du CRPL et du PNKB et milieux environnants.
- Ainsi, à partir de 2021, le CRSN sera considéré comme centre de Recherche sciences naturelles, avec ouverture limitée vers la recherche humaine.

3. Centre de réhabilitation des primates ayant une vision de conservation communautaire

- Le CRPL, comme entité du CRSN, garde actuellement différents primates bien décrits dans le dépliant, avec une vision de conservation communautaire, c.-à-d. il garde les primates en intégrant la population locale dans la conservation.
- Cette intégration implique ceci:

- l'utilisation de la population locale comme agents soigneurs des primates
- L'utilisation de la population locale comme vendeurs des aliments destinés de nourrir les primates
- Le regard soutenu des problèmes de santé des travailleurs du CRPL
- Le regroupement de femmes locales dans les secteurs du développement socio économiques: on peut citer les femmes écolo, le groupe Mwaliuma qui s'occupent de l'agriculture, élevage et des petits commerces pour augmenter le revenu des ménages et lutter contre la pauvreté

- Le regroupement des jeunes en associations des futurs conservateurs de la nature
 - l'alphabétisation de la population locale
 - Le soutien technique, matériel et financier des caféiculteurs locaux pour la relance agricole et économique de la région.
 - Etc.
- Les trois points développés ici concernent la présentation du CRSN.

Présentation du Centre Mutima

- Hôpital de Lwiro du département de Nutrition
- Intention d'intégrer la santé mentale dans les soins primaires
- Nouveau domaine de recherche

1. Hôpital du département de Nutrition de Lwiro

- Cet hôpital, communément appelé centre hospitalier de Lwiro, sera bien présenté aux formés, par le Médecin Directeur, avant la fin de la formation.
- Nous avisons les formés que la salle d'opération de ce dernier, qui est actuellement à coté du centre Mutima, sera déplacé à l'intérieur de l'hôpital pour éviter le problème de promiscuité. Dans ces conditions, on peut créer deux ou trois salles d'opération.

2. Intention d'intégrer la santé mentale dans les soins primaires

- Cette partie sera présentée par le point focal du CRSN dans le projet création du centre Mutima, dans les temps libres de la formation.

3.Nouveau domaine de recherche

- Ce nouveau domaine de recherche, qui est la psychologie clinique, sera présenté par le prétendu premier chercheur en cette matière, Mr Pascal.

Présentation de la mission du CRSN

- Notre préoccupation de la nature et des humains

Mots de la fin

- Je souhaite à tous les participants un bon apprentissage
- Je déclare ouverte la formation de ce jour
- Je vous remercie.

GENERALITES SUR LA SANTÉ MENTALE

DONNÉES ÉPIDÉMIOLOGIQUES

**LA SANTE MENTALE DANS LES SOINS DE SANTE
PRIMAIRES**

**Pour LA COORDINATION EN SANTE MENTAL
Dr. Devote CIREGANO**



1. GENERALITES SUR LA SANTE MENTALE

Les troubles neuropsychiatriques constituent une des grandes problématiques de l'heure. Plusieurs catégories de personnes en sont concernées directement ou indirectement. Les données factuelles soutiennent cette affirmation.

1.1. Objectif général de cet module

A la fin de ce module, les participants seront capables de comprendre les notions générales sur la santé mentale.

1.2. Objectifs opérationnels

Lorsqu'ils seront appelés à expliquer les notions générales sur les troubles neuropsychiatriques, les participants devront être capable de :

- Définir correctement certains concepts de la santé mentale ;
- Décrire le poids et l'ampleur du problème de santé mentale ;
- Dégager les causes des maladies mentales ;
- Comprendre le processus de l'intégration des SSM dans les SSP
- Savoir rapporter les troubles neuropsychiatriques dans le SNIS -RDC

1.3. Concepts de santé mentale et psychiatrie

L'OMS définit la santé comme le complet **bien-être physique, mental et social**, et pas seulement l'absence de la maladie. Cette définition montre la place de la santé mentale comme composante au même titre que les autres de la santé en général.

La santé mentale se rapporte aux fonctions mentales d'une personne :

- La façon dont la personne se sent,
- Perçoit le monde,
- Pense
- Se comporte.

La santé mentale est différente de l'absence de la folie.

Elle est un **état de bien-être** d'une personne dans :

- son intellect (la pensée et tout ce qui contribue à son élaboration : attention, mémoire, perception, jugement, raisonnement, intégrité du système nerveux, ...),
- son affectivité (les émotions, les sentiments, la thymie, l'adaptabilité) et
- son comportement qui en découle (activité, langage verbal et gestuel, motricité, travail productif et fructueux, ...).

Ces fonctions mentales peuvent se lire également dans les relations intersubjectives (sociabilité) qu'elles sous-tendent.

A l'opposé, **la maladie mentale** est une affection qui perturbe la personne dans tous ces plans :

- le plan cognitif (la pensée, même son substratum organique),
- le plan émotionnel (les sentiments) et
- le plan comportemental et relationnel.

Une maladie mentale n'est pas caractérisée seulement par des symptômes psychologiques ou physiques mais aussi par une altération des facultés adaptatives sur les plans social, professionnel ou scolaire qui rend l'intégration sociale problématique.

La psychiatrie est une branche de la médecine dont l'objet est l'étude et le traitement des maladies mentales.

La psychologie médicale quant à elle étudie les processus psychiques sous-tendant ou conséquences des maladies somatiques.

Il existe plusieurs classifications de ces maladies mentales. Deux semblent néanmoins prédominer sur le plan international actuellement. Ce sont celle d'inspiration française (CIM-10) et celle d'inspiration anglo-saxonne (DSM-V).

1.4. Rapport santé mentale – santé physique

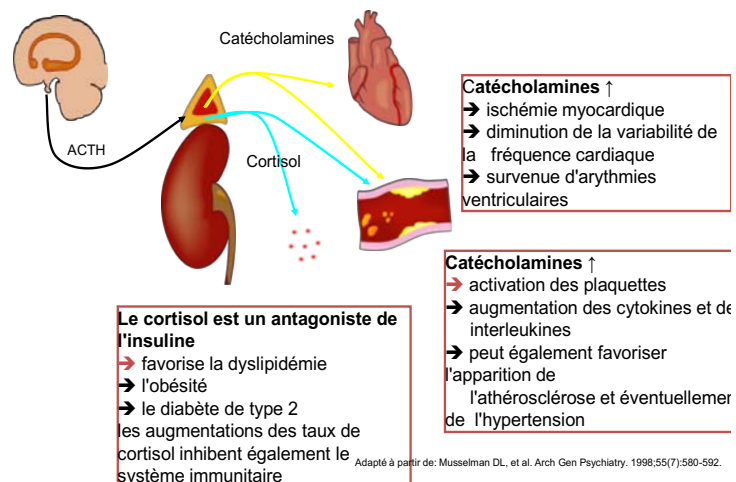
Ainsi comprise, la notion de santé mentale par rapport à la santé physique (somatique) rappelle ce dualisme : corps-esprit. Toutefois, on sait désormais qu'il y a beaucoup de « mental » dans le « physique » et beaucoup de « physique » dans le « mental ».

Le fonctionnement mental est fondamentalement et très étroitement lié au fonctionnement physique et social et aux résultats thérapeutiques.

Par exemple :

- la dépression est un facteur de risque pour le cancer et les maladies cardiaques.

Le trouble dépressif majeur peut avoir des conséquences systémiques



- Les maladies psychosomatiques tels que les gastrites, l'asthme, certains dermatoses (psoriasis)

2. DONNEES EPIDEMIOLOGIQUES

2.1. Poids et ampleur du problème de santé mentale

Les troubles mentaux constituent un lourd fardeau pour le malade, sa famille et la société. A cause des problèmes de santé mentale, une personne :

- est moins productive dans son travail;
- est incapable de s'intégrer dans sa famille qu'elle n'aide pas ;
- occasionne des problèmes financiers à sa famille liés à sa prise en charge.

Aucun groupe humain n'est épargné par les troubles mentaux, mais le risque est plus élevé chez les personnes démunies, les sans-abri, les chômeurs, les personnes ayant un bas niveau d'instruction, les victimes de viols et autres violences, les immigrants et les réfugiés, les populations indigènes, les enfants et les adolescents, les femmes maltraitées et les personnes âgées délaissées, personnes souffrant d'affections chroniques et incurables.

Dans tous les pays du monde, beaucoup de gens ont des problèmes de santé mentale. Ceux-ci peuvent aller de troubles sévères, comme la psychose, au moins sévères comme la dépression ou les troubles anxieux.

L'Organisation Mondiale de la Santé estime que 450 millions de personnes dans le monde souffrent de troubles mentaux. Selon les estimations pour des pays en voie de développement :

- Schizophrénie : 0,5-1 %
- Epilepsie : 1 – 1.5 %
- Dépression/anxiété grave : 2-5%
- Déficience mentale: 1%

Paradoxalement, les ressources humaines ainsi que les services alloués à la santé mentale sont loin à la hauteur de cette ampleur. La santé mentale apparaît comme un parent pauvre de la politique nationale des soins de santé primaires en R.D.Congo. On est très loin d'accorder à la santé mentale et aux troubles mentaux la même importance qu'à la santé physique.

2.2. Les causes des maladies mentales

Par rapport aux causes, on est arrivé à la conclusion que le déterminisme des maladies mentales est multifactoriel et complexe quelle que soit l'approche (biologique psychologique ou sociale). Pour expliquer la genèse du trouble mental et d'en justifier les thérapeutiques, il est indispensable de faire un ordonnancement compte tenu des données innombrables issues des neurosciences

ou des sciences humaines. Le modèle accepté actuellement est la conjonction bio-psycho-social et environnementale.

Néanmoins, une relation particulière existe entre la pauvreté et les maladies mentales : un cercle vicieux.

2.3. Prise en charge en santé mentale

Les principes de traitement des maladies mentales s'articulent autour de 2 axes :

- a. médicaments ;
- b. prise en charge psychosociale (psychothérapies et sociothérapies).

3. LA SANTE MENTALE DANS LES SOINS DE SANTE PRIMAIRES

Quelques fois les gens pensent que les désordres mentaux ne peuvent pas être traités, ou encore qu'il n'y a que des spécialistes qui peuvent traiter les désordres mentaux. Ce n'est pas vrai. Il existe des options de traitement efficace et qui consistent en :

- les médicaments efficaces accessibles,
- conseil et éducation des malades et de leurs familles,
- Counseling et psychothérapies
- Sensibilisation au sujet de la santé mentale dans les communautés.

La formation en santé mentale est aussi faisable et relativement facile. C'est possible de former les agents de la santé au sujet des principes de base des soins de la santé mentale. L'expérience dans d'autres pays montre ceci. La majorité des cas peuvent être traités dans le système de soins médicaux fondamental (centre de santé, hôpital général de référence chez nous), si les agents de la santé tel que médecins et infirmiers :

- sont capables d'identifier les malades ;
- ont été formés dans les méthodes de traitement des troubles mentaux les plus courants ;
- ont des médicaments efficaces et autres méthodes de traitement disponibles.
-

La RDC, notre pays, a mis la santé mentale dans les 11 composantes des SSP. La collecte d'informations sur la prévalence des maladies mentales dans notre pays se fait par le biais de fichiers standardisés joints en **annexe 1**.

Les ressources nécessaires à la santé mentale que sont, d'après l'OMS : politique et lois, services de santé mentale, ressources communautaires, ressources humaines, ressources financières se mettent en place.

Existence d'une politique et plan directeur depuis 1999 (OMS), qui définissent le **Paquet d'activités** en santé mentale, dont les PMA au niveau de CS, le PCA au niveau des CH et HGR et le paquet communautaire.

L'OMS, en 2004 (OMS), définit déjà 11 pathologies à définir et adopter dans notre pays,

Actuellement la politique nationale de santé mentale en RDC en pleine actualisation prendra en compte le contexte de notre situation socio -politico-économique.

Les activités prévues par niveau de la pyramide sanitaire :

3.1. NIVEAU COMMUNAUTAIRE

3.1.1. Activités préventives

Identifier les comportements anormaux des individus ou groupe cible (Formation sur signes ou symptômes évoquant les problèmes de Santé mentale)

Normes : Au moins 1% de pathologies neuropsychiatrique dans la communauté et au moins 30% des problèmes psychosociaux sont identifiés

Qualification : Acteurs formés sur le module de signes et symptômes d'identification des problèmes de santé mentale

Conditions requises : Connaissance des signes et symptômes (module de formation existe)

Assurer les premiers soutiens psychosociaux

Normes : Tous les patients présentant les signes et symptômes anormaux

Qualification : Acteurs formés

Conditions requises : Module de premiers soutiens psychosociaux et de prise en charge communautaire

Réinsérer le patient dans la famille ou dans le réseau communautaire.

Normes : Tous les patients pris en charge

Qualification : Acteurs formés

Conditions requises : Patients réinsérés après la prise en charge médicale ; psychologique ou autres par la structure de santé e, Module de réinsertion psychosociale, Existence des réseaux socio-professionnels

Créer des espaces récréatifs (Terrain de sport (Football, Volley-Ball, Zango, Basket, Jeux olympiques, Billard ,etc) et Aménager des espaces verts (Jardins, plages publiques, etc.)

Normes : Au moins 1 espace par aire de santé

Conditions requises : Respect des mesurages et espace propre et bien entretenu

Promouvoir les sorties, les voyages communautaires et familiaux

Normes : Au moins un par an et par habitant

Conditions requises : 1 à 10 jours

Organiser des danses traditionnelles et modernes

Normes : Au moins une fois par trimestre

Qualifications requises : Salle de spectacle, espace vert, un club

3.1.2. Activités de promotion

Créer des réseaux de socialisation communautaire (champs communautaires, pâturage, ateliers communautaires, groupes solidaires, etc)

Normes : Au moins un réseau de socialisation par Aire de Santé

Qualification : Encadreurs formés, leaders,

Conditions requises : Protocole de prise en charge psychosocial, Encadreurs formés, Fiche de suivi psychosocial

Organiser des séances de communication pour la santé mentale

Normes : Au moins une séance par mois par CAC (RECO, Association à assise communautaires (OAC) Acteurs Communautaires)

Qualification : CAC formée sur la communication pour la santé mentale

Conditions requises : Cahier de Préparation, Planification des séances par groupe - Cible, support et matériel de communication

Organiser des visites à domicile

Normes : Au moins une visite par mois RECO et autres Acteurs Communautaires (CAC) et une fois par semaine pour l'APS

Qualification : Acteurs formé sur la matière

Conditions requises : Plan des visites élaboré dans la réunion de CODESA et autres réunions des acteurs.

3.1.3. Personnel

RECO / APS / CPS / CAC

Normes : 1 pour 20 Ménages

Qualification : Diplôme d'Etat des Humanités ou 4 ans post primaire

Conditions requises : Formation module sur la prévention, promotion et les soutiens psychosociaux et santé mentale.

TRADI-PRATICIENS

Qualification : Sans qualification exigée (se référé au Programme de la Médecine Traditionnelle)

Conditions requises : Formation module sur la prévention, promotion et les soutiens psychosociaux et santé mentale.

LES CADRES DE BASE (chef de village, Chef des 10 maisons, Chefs coutumiers, chefs d'avenue, Chefs de cellule, Chef de quartier, les pasteurs, les prêtres ; responsables de chambres de prières etc)

Qualification : Diplôme d'Etat des Humanités ou 4 ans post primaire

Conditions requises : Formation module sur la prévention, promotion et les gestes de prise en charge

3.1.4. Équipements

- Registre,
- Cahiers,
- Stylos,
- Imperméables,
- Cartables,
- Bottes
- Tambours,
- Téléphone etc

3.1.5. Infrastructures

- Espace dans l'aires de santé
- Terrain Football,
- Terrain de volet balle,
- Terrain de Basket,
- Stade olympique,
- Matériels de danse, Atelier de Menuiserie, Atelier de couture, Champs communautaire,
- Pâturage communautaire, Atelier de pâtisserie, etc

3.1.6. Les pathologies psychiatriques, neurologiques et psychosociales à identifier au niveau communautaire :

- Les épilepsies et les crises convulsives
- Les trouble de comportement
- Les troubles de developpement
- Les problèmes d'addictions
- Les conduites suicidaires
- Les états de stress

3.2. NIVEAU CENTRE DE SANTE :PMA

3.2.1. Les Préalables

- Formation des Infirmiers sur les protocoles thérapeutiques de la santé mentale (médical et psychosocial)
- Disponibilité des protocoles et des intrants (médicaments essentiels ;...)
- Mise à disposition du matériel de l'ergothérapie et des outils pour psychoéducation à la santé mentale ;
- Existence d'un canevas de collecte des données mise à jour (module complémentaire en Santé mentale dans le DHIS2)

3.2.2. Activités préventives

Organiser la sensibilisation, communication et éducation en santé mentale lors : CPN, CPON, CPS, PF, etc.

Normes :

- Une fois par mois pour les CPN, CPS, PF et réunion des soignants ;
- Dans toutes les consultations ;
- 1 fois trimestre pour les échanges des bonnes pratiques ;
- Sur invitation des acteurs de la communauté en cas des séances avancées ;

Qualification : IT formés en santé mentale

3.2.3. Activités de promotion

Informé et former l'entourage du patient, avec son accord, sur la prise en charge afin de mettre en place un environnement favorable et lutter contre la stigmatisation.

Normes : Systématique

Qualification : IT formés en santé mentale

Conditions requises : Cf. Préalable

Faciliter les liens entre les patients et les organisations communautaires pour assurer sa réintégration.

Normes : Systématique

Qualification : IT formés en santé mentale

Conditions requises : Cf. Préalable

Informé et former le patient sur ses troubles de santé mentale pour l'aider à devenir acteur de sa prise en charge (Psychoéducation)

Normes : systématique

Qualification : IT formés en santé mentale

Conditions requises : Cf. Préalable

3.2.4. Activités curatives

- Dépister les signes ; diagnostiquer les troubles en lien avec la santé mentale et orienter dans le parcours de soins ;
- Mettre en place les soins d'urgences en fonction des ordinogrammes de PEC de la santé mentale (les soins pré-référentiels)
- Référer vers les structures de prise en charge adaptées pour les cas échéants ;
- Garder contact avec la communauté pour orientation d'une prise en charge, suivi et réintégration de cas dans la communauté ;
- Produire des rapports en fonction du canevas adapté ;etc.

Normes : systématique

Qualification : IT formés à la santé mentale

Conditions requises : Cf. préalable

3.2.5. Personnel

Personnel du CS + les APS

Qualification : Formation sur les protocoles thérapeutiques de la santé mentale (médical et psychosocial)

3.2.6. Infrastructure

- Salle de consultation respectant les normes de confidentialité ;
- Salle d'observation
- Salle ou lieu adapté d'attente
- Salle de réunion
- Latrines du Centre fonctionnelles
- Salle d'activités préventives
- Salle d'écoute
- Etc

3.2.7. Équipement d'investissement

- Dotation en matériel de soins médicaux,
- Matériels d'ergothérapie (Jeux pour enfants, arts culinaires ,...)
- Bancs
- Borne fontaine (eau)
- Documentation d'attestation de repos (AT)
- Registre des malades
- Registre de suivi à domicile,
- Fiche de commande,
- Fiche de stock
- Lit d'observation

3.2.8. Liste des pathologies à prendre en charge dans les centres de santé

a) Troubles psychologiques et psychiatriques,

- o Les psychotiques : - Aigues
- Chroniques (schizophrénie et autres troubles psychotiques)
- o La Dépression (trouble dépressif)
- o Le trouble bipolaire
- o Tentative de suicide
- o Les toxicomanies (troubles dus à l'abus des substances psychoactives SPA)
- o Le trouble lié aux traumatismes et autres facteurs de stress
- o Les plaintes somatiques non médicalement expliquées

- o Le trouble de développement de l'enfant et l'adolescent
- o Le trouble de comportement de l'enfant et l'adolescent

b) Troubles neurologiques

- o L'Epilepsie et les crises convulsives
- o Les Céphalées essentielles

3.2.9. Médicaments

- Tous les médicaments de CS, ajouté à ceux-là
- Chropramazine
- Diazépam
- Amitryptiline
- Phénobarbital
- Prométhazine
- Pipéridine (Artane, AKinéton...etc)

3.3. NIVEAU DE HGR

3.3.1. Activités Curatives:

- Assurer la prise en charge des malades qui sont référés par le premier niveau
- Formation continue en santé mentale du personnel sur les protocoles de prise en charge ou autres outils
- Faire le retro information des cas référés
- Etablir le rapport (qui doit ressortir dans le canevas SNIS)
- Référer les cas au niveau provincial en cas de nécessité
- Faire les thérapies individuelles, des groupes, familiales, etc.
- Faire le suivi et la supervision
- Organiser les réunions de monitoring

3.3.2. Activités préventives

- Faire le plan de réinsertion sociale qui doit être contenu dans la retro-information (prévention tertiaire), l'équipe soignante fera le suivi des recommandations dans la communauté
- Faire les séances de psychoéducatons

3.3.3. Liste des pathologies à prendre en charge dans les HGR

a) Troubles psychologiques et psychiatriques,

- Les psychotiques : - Aigues
- Chroniques (schizophrénie et autres troubles psychotiques)
- La Dépression (trouble dépressif)
- Le trouble bipolaire
- Tentative de suicide
- Les toxicomanies
- Le trouble lié aux traumatismes et autres facteurs de stress
- Les plaintes somatiques non médicalement expliquées
- Le trouble de développement de l'enfant et l'adolescent
- Le trouble de comportement de l'enfant et l'adolescent
- La Démence
- Les Névroses

b) Troubles neurologiques

- L'Epilepsie et les crises convulsives
- Les Céphalées essentielles /chroniques

3.3.4. Ressources Humaines :

L'idéal c'est :

- 1 médecin neuropsychiatre
- Au moins 2 infirmiers formés en neuropsychiatrie (il doit faire le transfert de compétence)
- 1 psychologue clinicien
- Au moins 1 assistant social formé

A défaut :

- Former les médecins généralistes et les infirmiers polyvalents en santé mentale (théoriques et pratiques)

3.3.5. Matérielles

En dehors des matériels disponibles à l'hôpital, il faut

- Electroencéphalogramme (EEG)
- Matériels pour les tests psychologiques
- Salles et équipement de relaxation et ergothérapie

3.3.6. Médicaments

- Tous les médicaments de CS (5), ajouté à ceux-là :
- Halopéridol sous toutes ses formes
- Carbamazépine
- Dégaine
- Bupropion (Artane, Akineton...etc)

3.3.7. Infrastructures

- Pavillon d'hospitalisation homme et femme
- Pédiopsychiatrie

3.4. NIVEAU HOPITAL PROVINCIAL DE REFERENCE ET /OU CENTRES SPECIALISES

3.4.1. Activités Curatives

- Cfr. HGR, ajoutés à celles-là :
- Enseignement et la recherche

3.4.2. Préventives et promotionnelle

Plan de réinsertion sociale qui doit être contenu dans les retro informations que sera remis à l'HGR qui fait le suivi au niveau de CS. Dans le cas où le malade n'a pas suivi le circuit normal, On le ramène dans son aire de santé.

3.4.3. Ressources humaines :

Selon les normes :

- 2 médecins neuropsychiatres / 1 psychiatre et 1 neurologue
- 10 infirmiers neuropsychiatres
- 2 assistants sociaux
- 2 psychologues cliniciens
- 1 anthropologue

Sur le plan opérationnel :

- 1 médecin neuropsychiatre /1 psychiatre ou 1 neurologue
- 2 médecins généralistes formés en santé mentale
- 5 infirmiers neuropsychiatres au minimum
- 2 psychologues cliniciens

3.4.4. Matérielles

- Cfr HGR plus
- Scanner

- IRM
- Angiographe
- Echodopler
- Tests psychologiques
- Autres

3.4.5. Médicaments

- Tous les médicaments de HGR ajouté à ceux-là
- Risperdal
- Zyprexa
- Seroquel
- Citalopram
- Fluoxetine
- Tofranil
- Keppra
- Etc

3.4.6. Infrastructures

- Cfr HGR
- Service des urgences
 - o Hommes
 - o Femmes
 - o enfants
- Pavillon hommes
- Pavillon femmes
- Pavillon pour enfants
- Pavillon pour les toxicomanes
- Pavillon des améliorés

Annexe 1: Canevas de collecte de données de notification et prise en charge



République Démocratique du Congo
MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE
PROGRAMME NATIONAL DE SANTÉ MENTALE
ZONE DE SANTÉ DE.....



FORMULAIRE DE COLLECTE ET DE TRANSMISSION DES DONNÉES SNIS

Mois :, Année :,

Trimestre :

Centre de

Santé.....

....

Santé mentale	Notification des cas						Hospitalisation	
Psychoses								
	<18ans	18 -54 ans	55 ans +	M	F	M	F	
Psychoses								

Psychoses catégories							
Dont psychose aiguë							
Dont psychose aiguë nouveaux cas							
Dont psychose chronique							
Dont psychose chronique nouveaux cas							

Autres pathologies							
	<18ans	18 à 54 ans	55 ans +	M	F	M	F
Dépressions							
Dont dépressions nouveaux cas							
Tentative de suicide							
Dont tentative de suicide nouveaux cas							
Trouble bipolaire							
Dont trouble bipolaire nouveaux cas							

Toxicomanies							
Dont toxicomanies nouveaux cas							
Troubles liés aux traumatismes et autres facteurs de stress							
Dont troubles liés aux traumatismes et autres facteurs de stress nouveaux cas							
Epilepsie/crise convulsive							
Dont épilepsie/crise convulsive nouveaux cas							
Plaintes somatiques non médicalement expliquées							
Dont plaintes somatiques non médicalement expliquées nouveaux cas							
Troubles de développement de l'enfant et de l'adolescent							
Dont troubles de développement de l'enfant et de l'adolescent nouveaux cas							
Troubles de comportement de l'enfant et de l'adolescent							
Dont Troubles de comportement de l'enfant et de l'adolescent nouveaux cas							

Prise en charge

	<18ans	18 -54 ans	55 ans +	M	F	M	F
Troubles liés au traumatisme et autres facteurs de stress ayant bénéficié de la PEC Psychosociale							
Dont survivants de violences sexuelles ayant bénéficié de la prise en charge psychosociale							
Cas de santé mentale orientés par les RECO au CS							
Cas réintégrés dans la communauté							

Fait à....., le...../...../20.....

Nom et signature de l'IT et sceau de la structure sanitaire



République Démocratique du Congo
MINISTRE DE LA SANTE PUBLIQUE
PROGRAMME NATIONAL DE SANTE MENTALE
ZONE DE SANTE DE.....



FORMULAIRE DE COLLECTE ET DE TRANSMISSION DES DONNEES SNIS

Mois :, Année :,

Trimestre :

Hôpital.....

Santé mentale	Notification des cas						Hospitalisation
Psychoses							
	<18ans	18 -54 ans	55 ans +	M	F	M	F
Psychoses							

Psychoses catégories							
Dont psychose aigue							
Dont psychose aigue nouveaux cas							
Dont psychose chronique							
Dont psychose chronique nouveaux cas							

Autres pathologies							
	<18ans	18 à 54 ans	55 ans +	M	F	M	F
Dépressions							
Dont dépressions nouveaux cas							
Tentative de suicide							
Dont tentative de suicide nouveaux cas							
Trouble bipolaire							
Dont trouble bipolaire nouveaux cas							
Toxicomanies							
Dont toxicomanies nouveaux cas							
Troubles liés aux traumatismes et autres facteurs de stress							

Dont troubles liés aux traumatismes et autres facteurs de stress nouveaux cas							
Epilepsie/crise convulsive							
Dont épilepsie/crise convulsive nouveaux cas							
Plaintes somatiques non médicalement expliquées							
Dont plaintes somatiques non médicalement expliquées nouveaux cas							
Troubles de développement de l'enfant et de l'adolescent							
Dont troubles de développement de l'enfant et de l'adolescent nouveaux cas							
Troubles de comportement de l'enfant et de l'adolescent							
Dont Troubles de comportement de l'enfant et de l'adolescent nouveaux cas							

Prise en charge

	<18ans	18 -54 ans	55 ans +	M	F	M	F
Troubles liés au traumatisme et autres facteurs de stress ayant bénéficié de la PEC Psychosociale							
Dont survivants de violences sexuelles ayant bénéficié de la prise en charge psychosociale							
Cas de santé mentale orientés par les RECO au CS							
Cas réintégrés dans la communauté							

Fait à....., le...../...../20.....

Nom et signature du Médecin Directeur de l'Hôpital et sceau de l'Hôpital

INTRODUCTION A LA SANTE MENTALE
TROUBLES DEPRESSIVES
TROUBLES ANXIEUSES
TROUBLES SOMATOFORMES
STRESS CHEZ LE PERSONNEL SOIGNANT
(BURN OUT)

LES PROGRAMMES DE SMSPS MIS EN ŒUVRE
DANS LES SITUATIONS D'URGENCE

Pour l'Hôpital Provincial Général de Référence
de Bukavu
Dr. ACHILLE BAPOLISI

Introduction à la Santé mentale et à la Psychiatrie

Dr Achille Bapolisi
HPGRB Février 2021

Organisation mondiale de la Santé

- La santé est « un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité. »

Organisation mondiale de la Santé

- La santé mentale est « un état de bien-être dans lequel la personne peut se réaliser, surmonter les tensions normales de la vie, accomplir un travail productif et fructueux et contribuer à la vie de sa communauté. »

Le continuum de la santé mentale

Santé mentale
maximale

Diagnostic de maladie grave,
mais la personne y fait bien
face et sa santé mentale est
positive

Aucune maladie ni
trouble, et santé mentale
positive

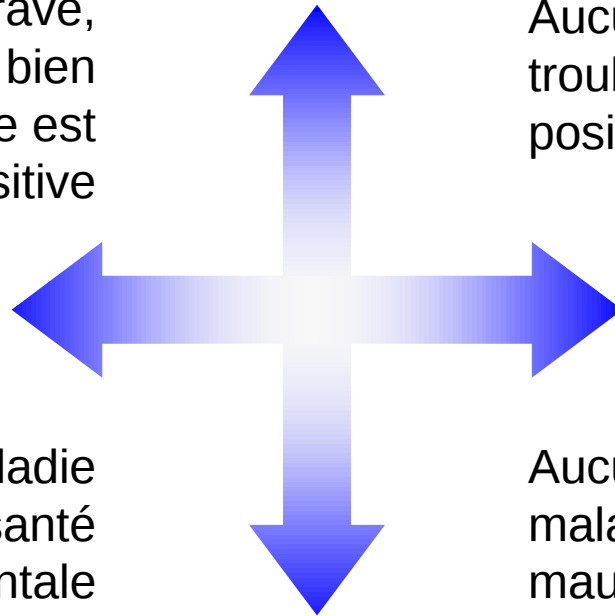
Trouble mental
maximal

Diagnostic de maladie
grave et mauvaise santé
mentale

Trouble mental
minimal

Aucun diagnostic de
maladie ni de trouble, mais
mauvaise santé mentale

Santé mentale
minimale



Qu'appelle-t-on un problème de santé mentale?

Un problème de santé mentale entraîne des changements majeurs dans le mode de pensée, l'état émotionnel et le comportement d'une personne et perturbe sa capacité à travailler et à entretenir ses relations personnelles habituelles.

Un chien noir peut vous
surprendre par une visite
sans raison ou occasion
apparente.

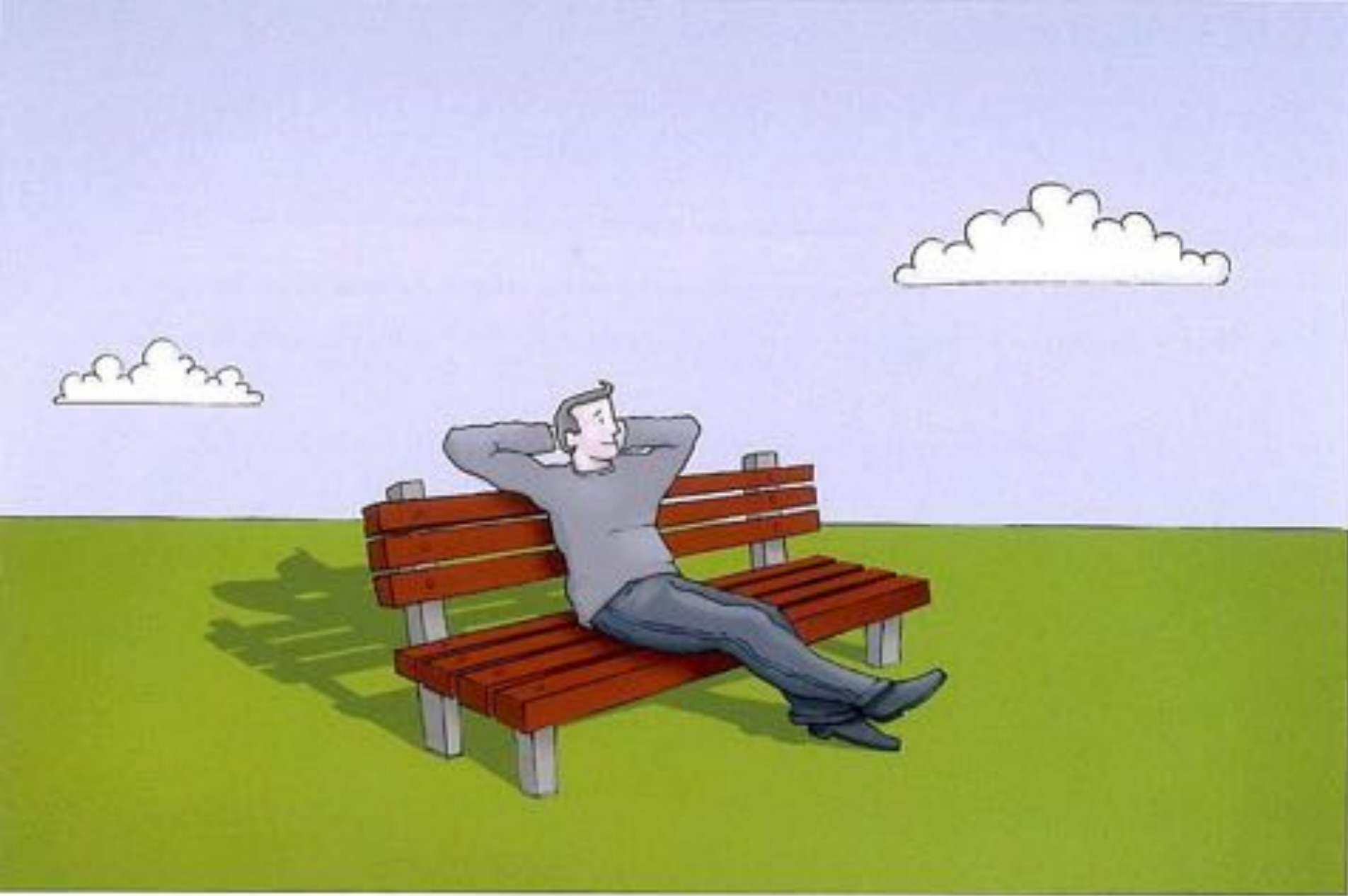


Un chien noir n'hésitera pas à vous enlever votre amour et à enterrer votre capacité d'intimité.





Le plus important est de se rappeler que peu importe jusqu'où vont les choses,



si vous suivez les bonnes étapes, les mauvais jours peuvent et vont passer.

Il est possible qu'un chien noir fasse toujours partie de votre vie, mais en s'armant de patience, d'humour, de connaissances et discipline, même le pire chien noir peut être apprivoisé.

Je le sais – Je vis avec un chien noir depuis près de vingt ans.



Psychiatrie

- La psychiatrie est une branche de la médecine qui se consacre au diagnostic, au traitement et à la prévention des désordres émotionnels, cognitives et comportementaux.



La psychiatrie : ni abstrait, ni de la philosophie.



La psychiatrie = une spécialité médicale comme les autres (mais en mieux)

Une sémiologie riche, précise et structurée (symptômes, syndromes, maladies)

L' EXAMEN CLINIQUE EN PSYCHIATRIE

L' entretien psychiatrique est un entretien **MEDICAL** organisé comme dans les autres spécialités, **mais** :

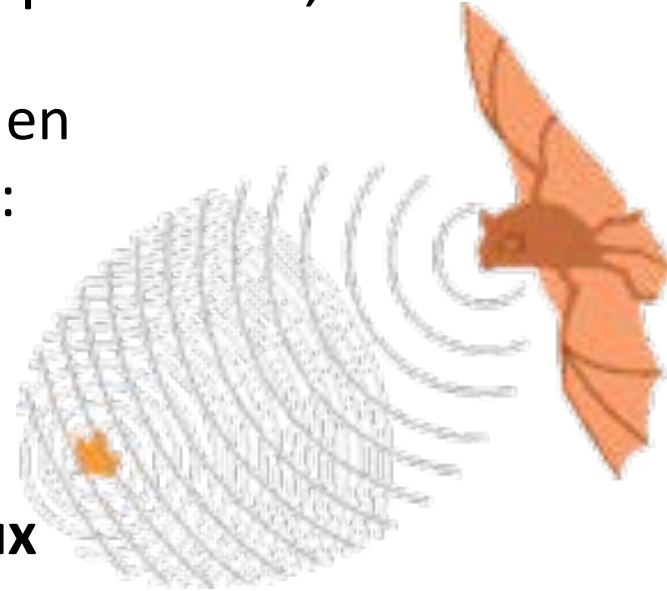
- La recherche de signes et symptômes en psychiatrie conduit à nous demander :

« Quel effet cela fait d'entendre des voix ? »

« Quel effet cela fait de se sentir déprimé ? »

etc...

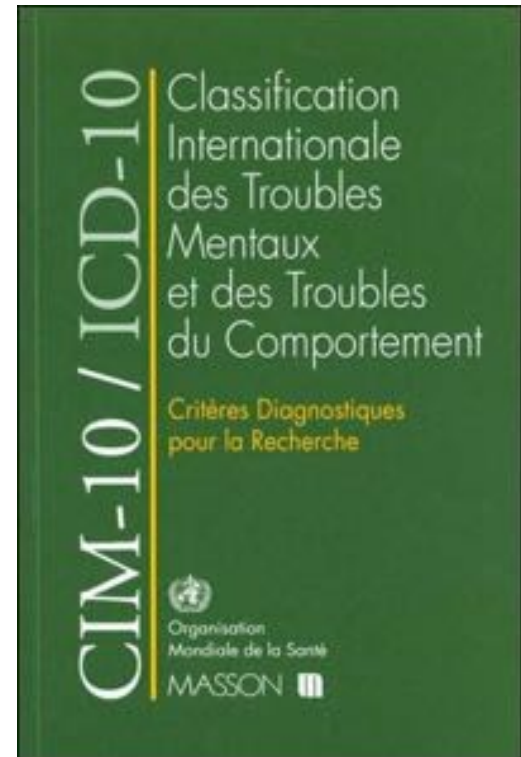
- Cela implique un entretien **attentif aux expériences subjectives** des patients



What is like to be a bat?
Quel effet cela fait d'être une
chauve souris ?

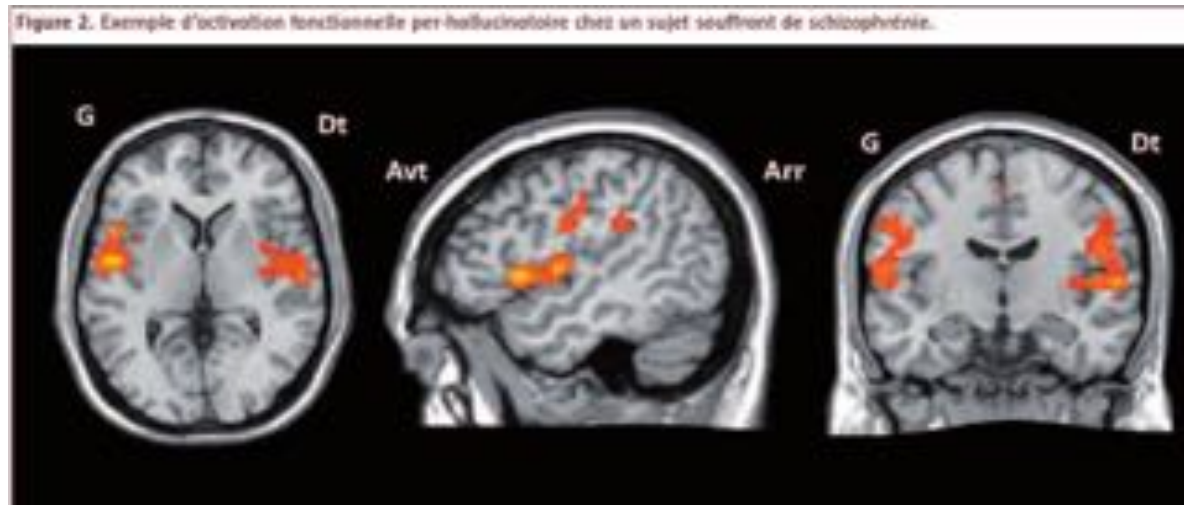
CLASSIFICATIONS

Classifications très rigoureuses des pathologies psychiatriques

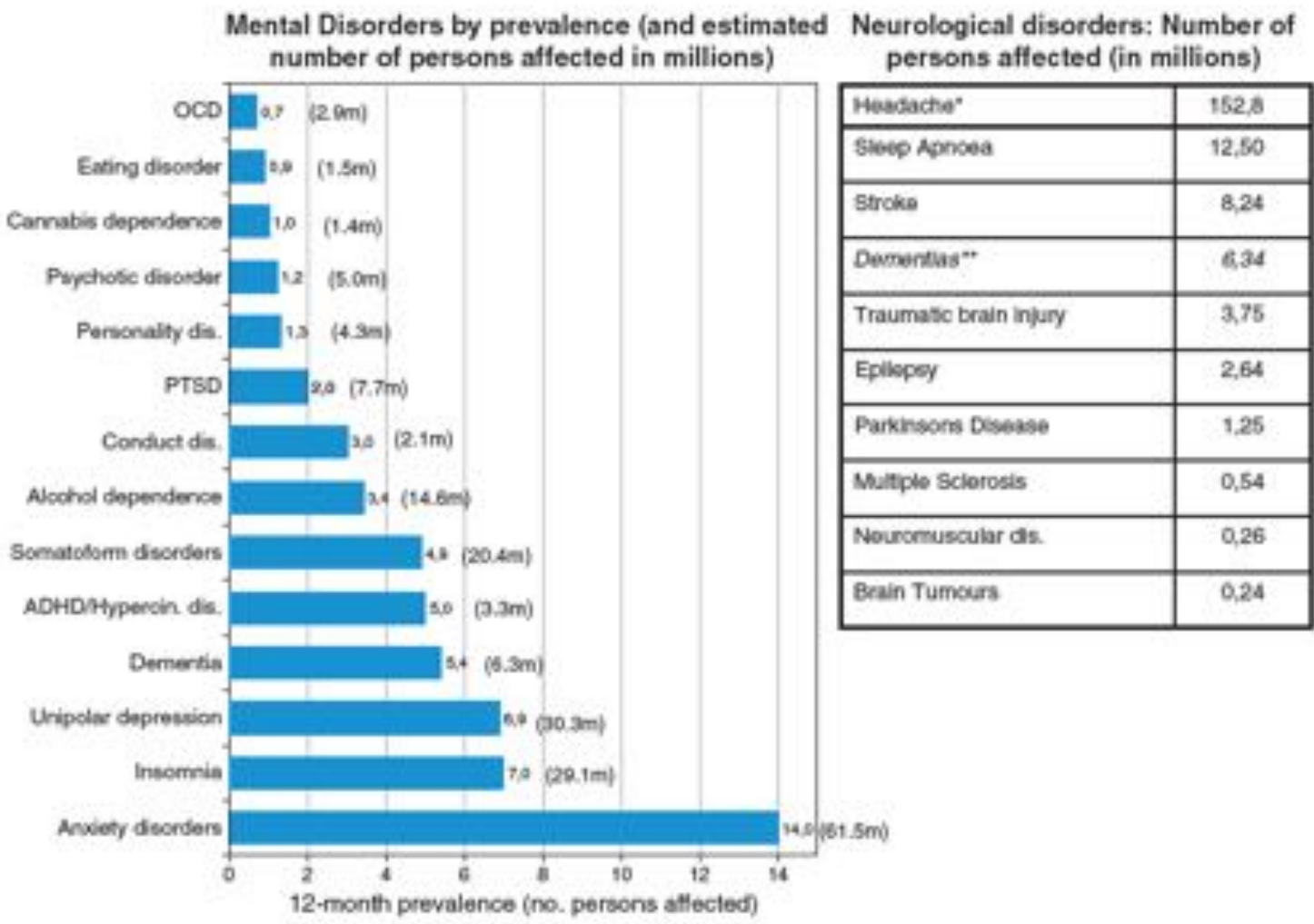


LES MALADIES PSYCHIATRIQUES SONT DES VRAIES MALADIES

Des anomalies du fonctionnement cérébral
ont été mises en évidence
dans la plupart d'entre elles



DES TROUBLES FREQUENTS



World total of 162,442,000 DALYs in 2015
due to mental and substance use disorders

Percentage due to specific disorders

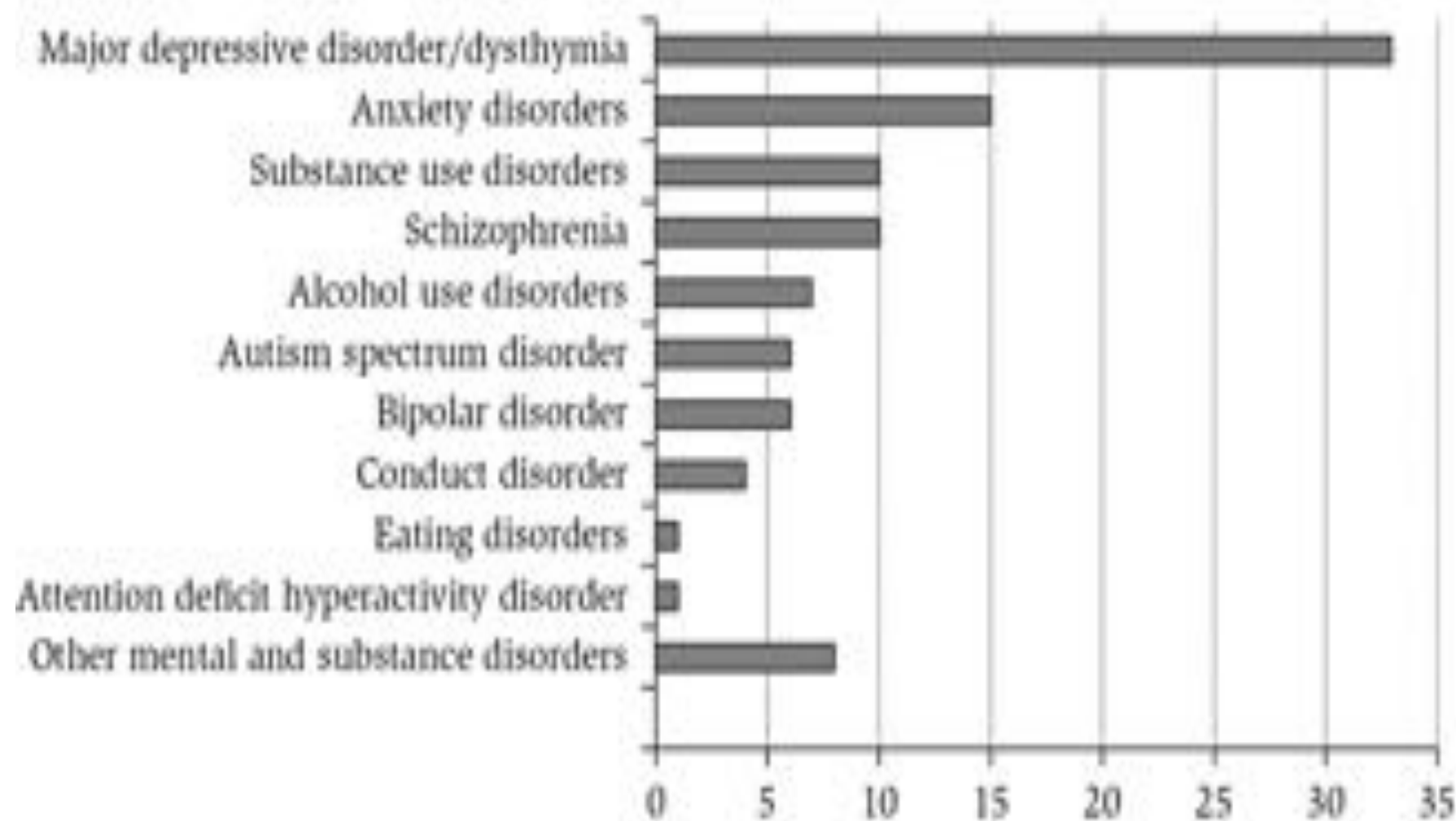
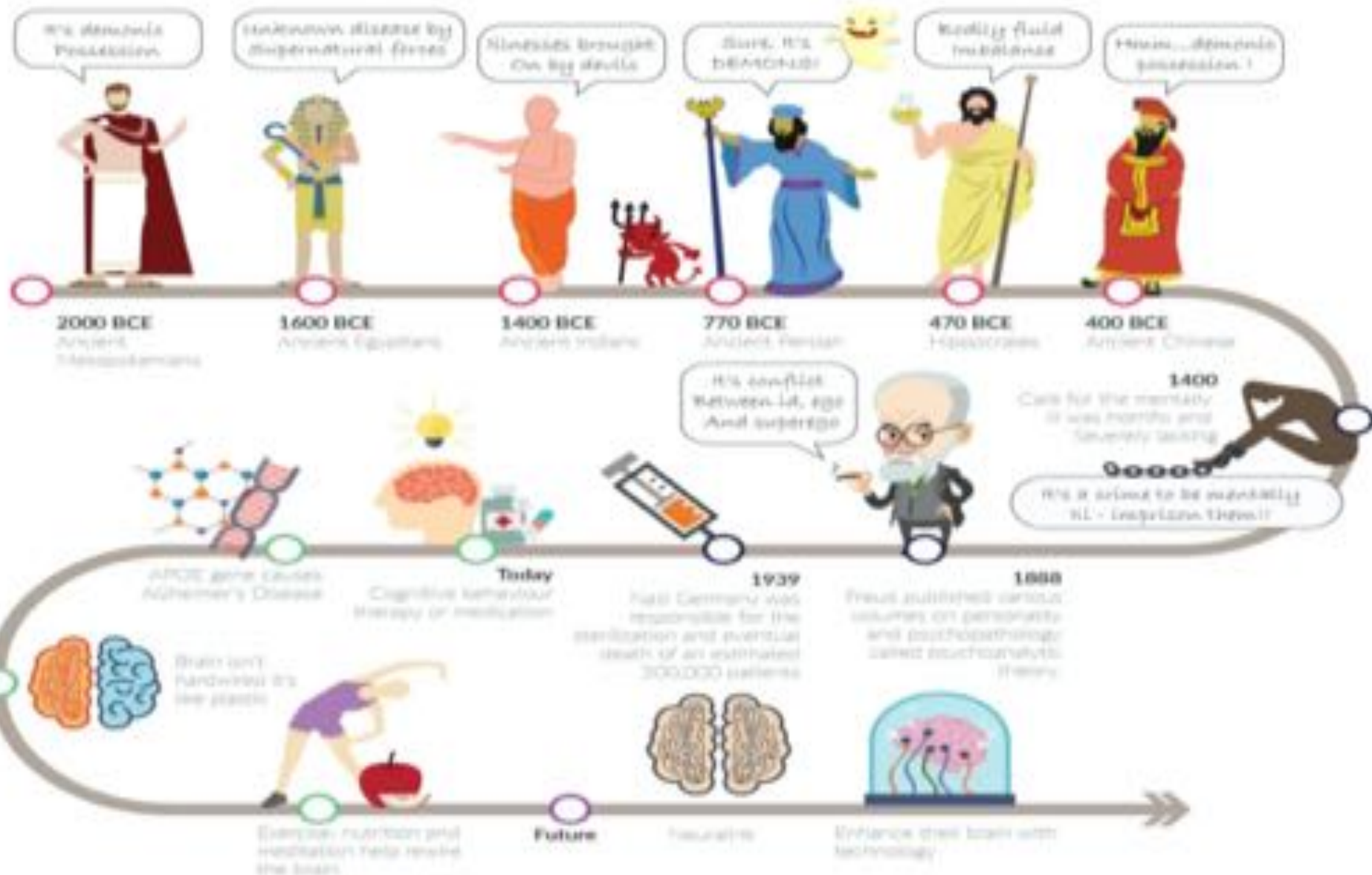


Table 1-1. Prevalence of Mental Disorders per 100 Population in the 12 Months Prior to Interview

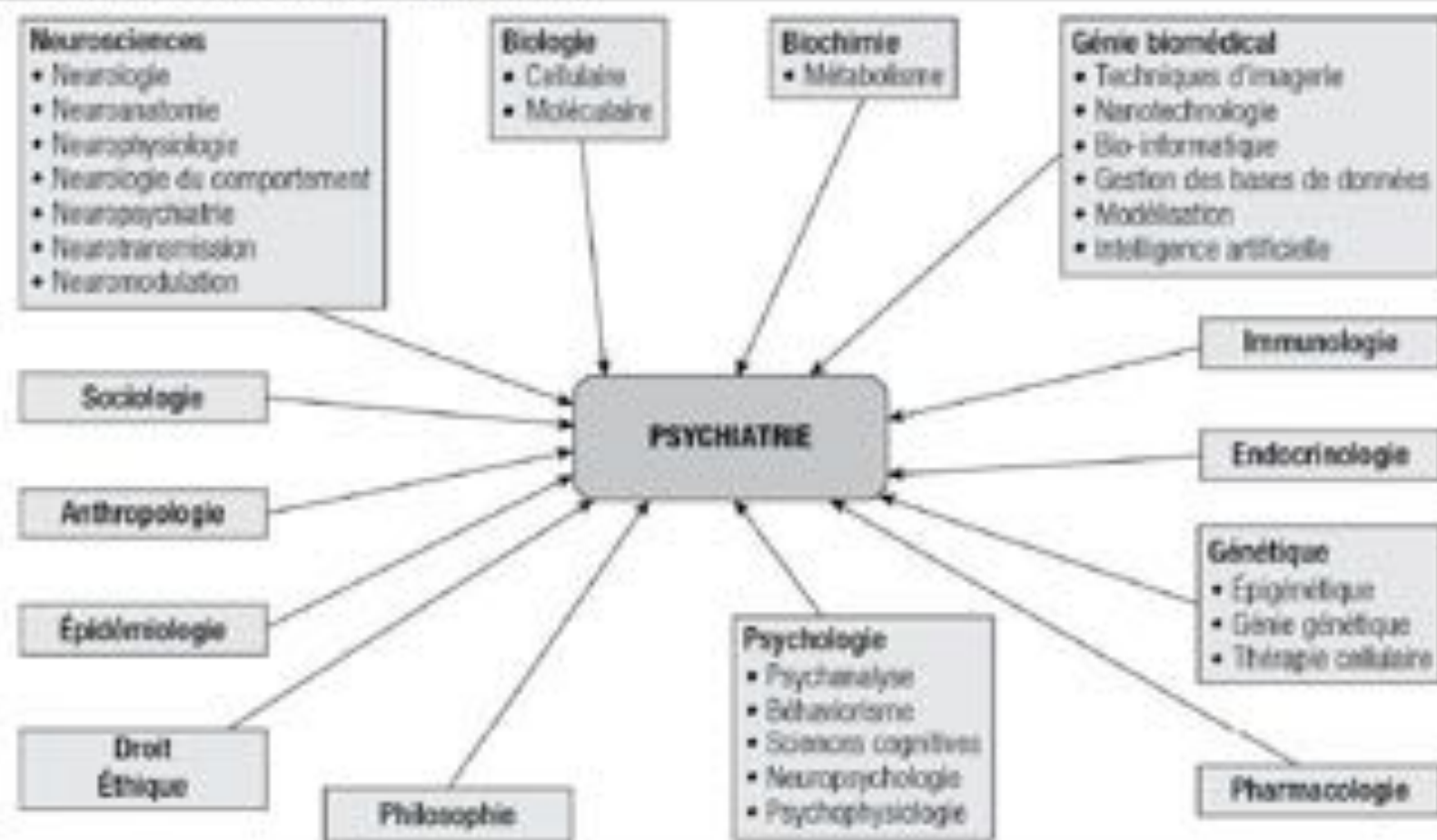
	Median 1-Year Prevalence	Interquartile Range	No. of Studies Included
DISORDERS IN CHILDREN			
Autistic disorder ^a	0.5	0.2-0.9	19
Attention deficit hyperactivity ^a	5.2	2.0-7.8	34
Conduct disorder ^a	2.3	1.9-3.3	22
EATING DISORDERS^a			
Anorexia nervosa	0.3	0.2-0.3	6
Bulimia nervosa	0.4	0.2-0.9	6
DISORDERS IN ADULTS			
Panic disorder	0.9	0.6-1.9	33
Simple phobia	4.8	3.5-7.3	40
Social phobia	2.8	1.1-5.8	48
Obsessive-compulsive disorder	1.0	0.6-2.0	22
Posttraumatic stress disorder	2.2	1.2-5.0	4
Major depressive disorder	5.3	3.6-6.7	42
Drug use disorder (DUD)	1.8	1.4-2.7	15
Alcohol use disorder (AUD)	5.9	5.2-8.1	20
Personality disorders	9.1	9.0-14.4	6
Schizophrenia	0.4	0.3-0.5	37
Bipolar disorder	0.6	0.3-1.1	17

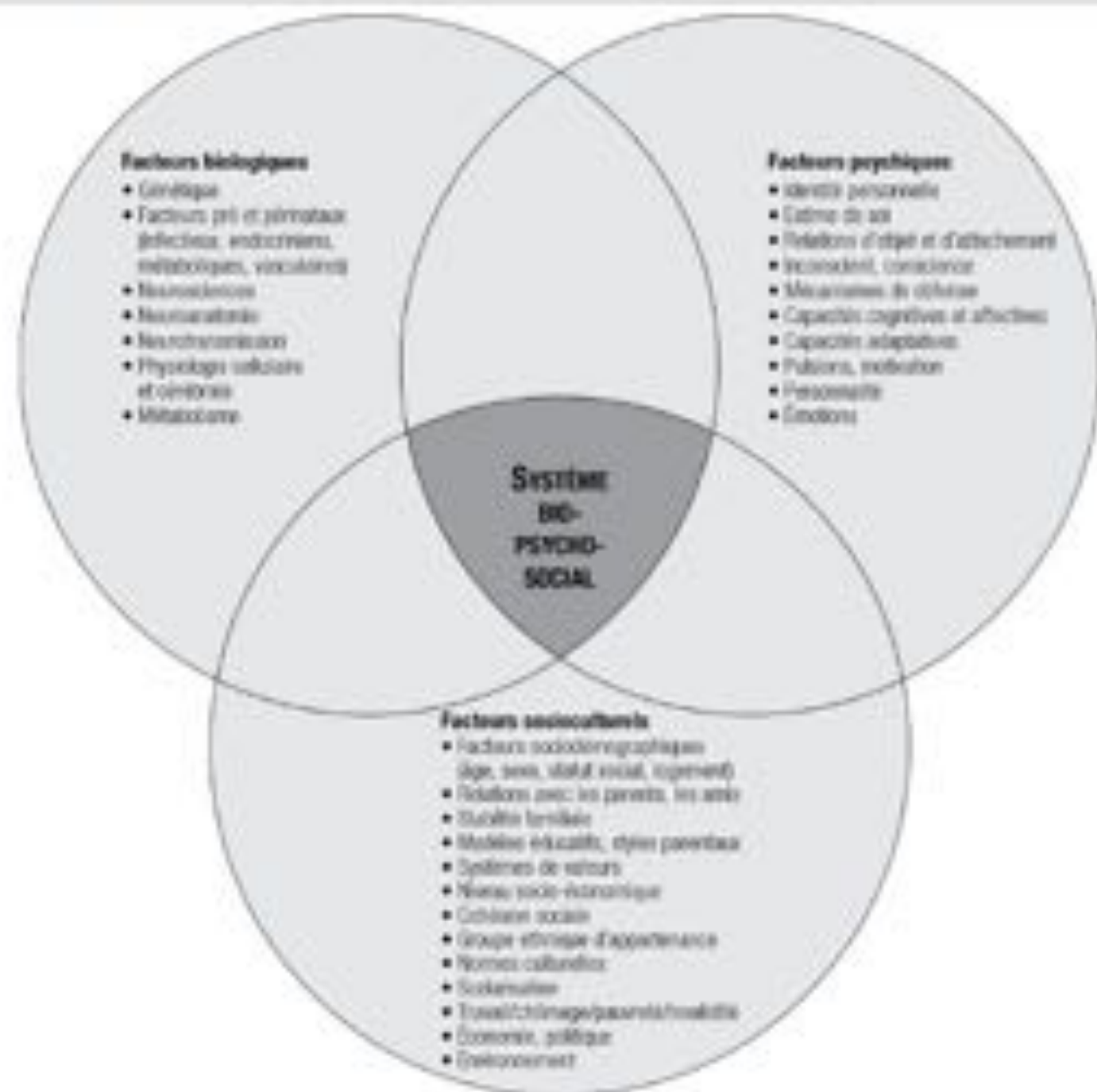
When we didn't understand brain biology



» When we understand and influence brain biology

FIGURE 1.1 Sciences contributives de la psychiatrie





Brain Functional Control

Frontal Lobe

- The ability to concentrate and attend; elaboration of thought learning and behavior including: intellect, abstract reasoning, problem solving, judgement, sequencing, planning, concentration
- Controls emotional response, expressive language, word associations, and memory for habits and motor activities

Parietal Lobe

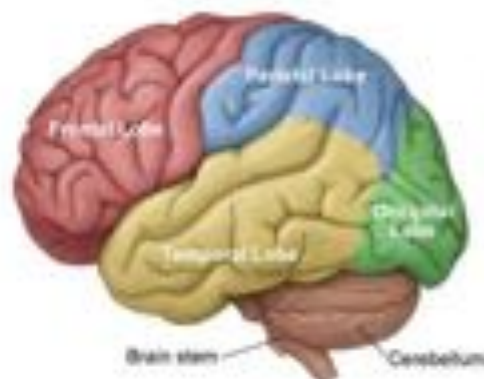
- Location for visual attention, touch perception, goal-directed voluntary movements, manipulation of objects.
- Integration of different senses that allows for understanding a single concept

Temporal Lobe

- Hearing ability, memory acquisition, some visual perceptions, visual memory
- Categorization of objects, intellect
- Sense of identity, behavior and emotions including fear
- Long term memory

Occipital Lobe

- Primary visual cortex



Brain Stem

- Breathing, heart rate, swallowing, reflexes to seeing and hearing, startle response, controls sweating, blood pressure, digestion, temperature
- Affects level of alertness, ability to sleep and sense of balance

Cerebellum

- Regulation and coordination of movement, posture, and balance
- Some memory for reflex motor acts

Parietal Lobe: Sense of touch, awareness of spatial relationships and academic functions such as reading

Frontal Lobe: Emotional control, self awareness, motivation, judgment, problem solving, talking, movement and initiation

Occipital Lobe: Vision

Cerebellum: Balance, coordination, skilled motor activity

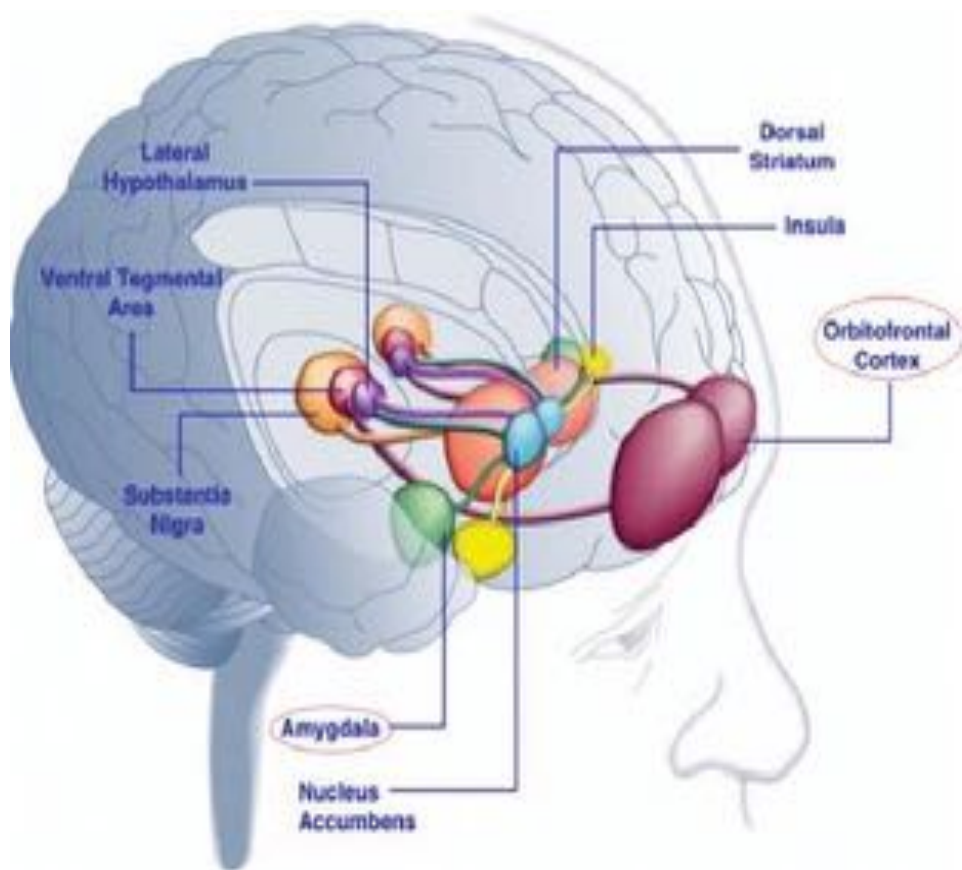
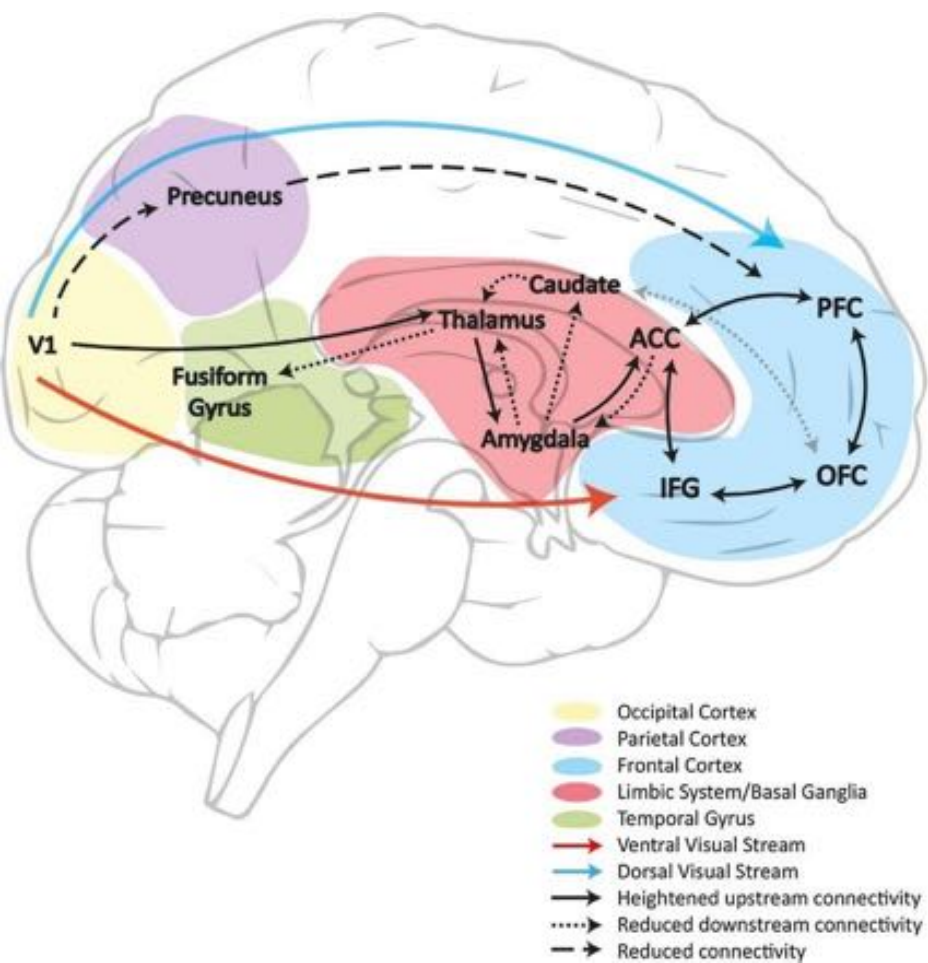
Temporal Lobe: Memory, hearing, understanding language, and processing information

Brainstem: Breathing, heart rate, arousal and consciousness, sleep and wake cycles

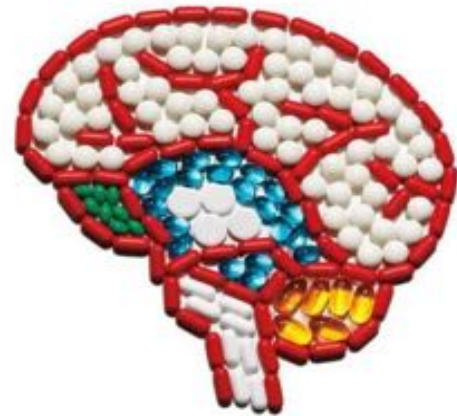
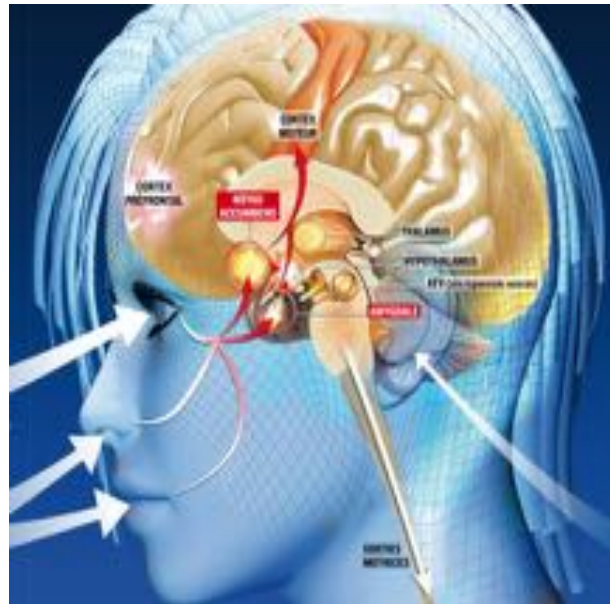


PLEASE REVIEW OUR COPYRIGHTED
BY AMICUS VISUAL SOLUTIONS.
COPYRIGHT LAW ALLOWS A \$150,000
PENALTY FOR UNAUTHORIZED USE.
CALL 1-877-303-1952 FOR LICENSE.

© 2005, Amicus Visual Solutions



Neuroplasticité cérébrale



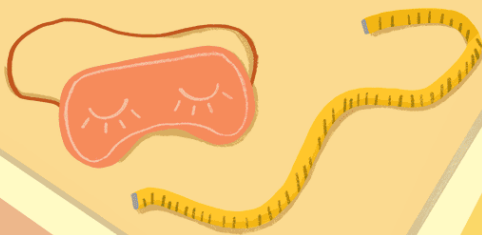
Achille Bapolisi, Bases biologiques,
psychologiques et sociales de la résilience

DSM

- DSM a amélioré la fiabilité définitionnelle en mettant la priorité sur les caractéristiques descriptives des troubles mentaux plutôt que sur les étiologies théoriques.
- DSM se focalise sur les symptômes observables et distincts.
- Avantage: Plus consistant dans une perspective de santé mentale.
- Désavantage: limite la compréhension des causes et de mécanismes et donc la prévention et le traitement.

Understanding the Axes of DSM-IV

Axis I: Clinical disorders



Axis IV: Psychosocial and environmental factors



Axis III: General medical disorders



Axis II: Personality disorders



Axis V: The Global Assessment of Functioning



Les caractéristiques du *DSM-5*

- Une approche de description des caractéristiques cliniques.
- Des critères diagnostiques pour chaque trouble psychiatrique.
- Une description systématique de chaque trouble psychiatrique en termes de spécificité
- Un trouble suppose qu'il y a souffrance ou perturbation du fonctionnement dans les sphères importantes de la vie.

La classification du *DSM-5*

- comporte 21 catégories de troubles psychiatriques, comprenant plus de 150 grandes conditions psychiatriques elles-mêmes subdivisées en plusieurs versions particulières, au total plus de 400 diagnostics distincts.
- pour chacun des diagnostics, on trouve une série de critères, lesquels sont précédés ou suivis d'informations pertinentes qui concernent l'épidémiologie, l'étiologie, le diagnostic, le diagnostic différentiel, les caractéristiques cliniques et le traitement.
- Ce nouveau *DSM-5* ne retient plus les cinq axes et ne retient plus, au niveau des diagnostics psychiatriques des axes I et II des *DSM-III* et *DSM-IV*, de différence de niveaux.

1. LES TROUBLES NEURODÉVELOPPEMENTAUX

1.1 Le *Handicap intellectuel*

1.2 Les *Troubles de communication*

1.3 Le *Trouble du spectre de l'autisme*

1.4 Le trouble *Déficit de l'attention/hyperactivité*

1.5 Le *Trouble spécifique des apprentissages*

1.6 Les *Troubles moteurs*

1.7 Les *Autres troubles neurodéveloppementaux*

2. LE SPECTRE DE LA SCHIZOPHRÉNIE

2.1 La *Schizophrénie*

2.2 Le *Trouble délirant*

2.3 Le *Trouble psychotique bref*

2.4 Le *Trouble schizophréniforme*

2.5 Le *Trouble schizo-affectif*

2.6 Le *Trouble psychotique induit par une substance ou un médicament*

2.7 Le *Trouble psychotique dû à une autre affection médicale*

2.8 Le *Trouble Catatonie*

2.9 L'*Autre trouble du spectre de la schizophrénie ou autre trouble psychotique spécifié*

2.10 Le *Trouble du spectre de la schizophrénie ou autre trouble psychotique non spécifié*

3. LESTROUBLES BIPOLAIRES ET APPARENTÉS

3.1Le *Trouble bipolaire type I*

3.2Le *Trouble bipolaire type II*

3.3Le *Trouble cyclothymique*

3.4Le *Trouble bipolaire ou apparenté dû à une autre affection médicale*

3.5Le *Trouble bipolaire induit par une substance/une médication*

6L' *Autre trouble bipolaire ou apparenté spécifié*

3.7Le *Trouble bipolaire ou apparenté non spécifié*

4. LES *TROUBLES DÉPRESSIFS*

4.1 Le *Trouble dépressif majeur*

4.2 Le *Trouble Dysthymie* ou le *Trouble dépressif persistant*

4.3 Le *Trouble dysphorique prémenstruel*

4.4 Le *Trouble dépressif induit par une substance/un médicament*

4.5 Le *Trouble dépressif dû à une autre affection médicale*

4.6 Le *Trouble dépressif autrement spécifié*

4.7 Le *Trouble dépressif non spécifié*

5. LES *TROUBLES ANXIEUX*

- 5.1 Le *Trouble panique*
- 5.2 Le *Trouble Agoraphobie*
- 5.3 Le *Trouble Phobie spécifique*
- 5.4 Le *Trouble Anxiété sociale (ou phobie sociale)*
- 5.5 Le *Trouble Anxiété généralisée*
- 5.6 Le *Trouble anxieux dû à une autre affection médicale*
- 5.7 Le *Trouble anxieux induit par une substance ou un médicament*
- 5.8 Le *Trouble Anxiété de séparation*
- 5.9 Le *Mutisme sélectif*
- 5.10 L'*Autre trouble anxieux spécifié*
- .11 Le *Trouble anxieux non spécifié*

6. LES TROUBLES OBSESSIFS-COMPULSIFS

- 6.1 Le *Trouble obsessionnel-compulsif*
- 6.2 Le *Trouble Obsession d'une dysmorphie corporelle*
- 6.3 Le *Trouble Thésaurisation pathologique*
- 6.4. Le *Trouble Trichotillomanie (arrachage compulsif de ses propres cheveux)*
- 6.5 Le *Trouble Dermatillomanie (trituration pathologique de la peau)*
- 6.6 Le *Trouble obsessionnel-compulsif induit par une substance/une médication*
- 6.7 Le *Trouble obsessionnel compulsif dû à une autre affection médicale*
- 6.8 L'*Autre trouble obsessionnel-compulsif ou apparenté spécifié*
- 6.9 Le *Trouble obsessionnel-compulsif ou apparenté non spécifié*

7. LESTROUBLES LIÉS AUX TRAUMATISMES OU AU STRESS

- 7.1 Le Trouble réactionnel de l'attachement**
- 7.2 Le Trouble de désinhibition du contact social**
- 7.3 Le Trouble de stress post traumatique (TSPT)**
- 7.4 Le Trouble stress aigu**
- 7.5 Les Troubles d'adaptation**
- 7.6 L'Autre trouble lié à des traumatismes ou à des
facteurs de stress, spécifié**
- 7.7 Le Trouble lié à des traumatismes ou à des
facteurs de stress, non spécifié**

8.LES *TROUBLES DISSOCIATIFS*

8.1 Le *Trouble dissociatif d'identité*

8.2 L' *Amnésie dissociative*

8.3 Le *Trouble Dépersonnalisation/
déréalisation*

8.4 L' *Autre trouble dissociatif spécifié*

8.5 Le *Trouble dissociatif non spécifié*

9. LESTROUBLES À SYMPTOMATOLOGIE SOMATIQUE ET APPARENTÉS

- 9.1 *Le Trouble à symptomatologie somatique*
- 9.2 *Le Trouble Crainte excessive d'avoir une maladie*
- 9.3 *Le Trouble de conversion (trouble à symptôme neurologique fonctionnelle)*
- 9.4 *Les Facteurs psychologiques affectant d'autres conditions médicales*
- 9.5 *Le Trouble factice*
- 9.6 *L'Autre trouble de symptôme somatique spécifié (et troubles apparentés)*
- 9.7 *Le Trouble à symptomatologie somatique non spécifié*

10. LESTROUBLES DES CONDUITES ALIMENTAIRES ET DE L'INGESTION DES ALIMENTS

10.1 L'**Anorexie mentale**

10.2 La **Boulimie (bulimianervosa)**

10.3 Le ***TroubleAccès hyperphagiques (binge-eatingdisorder)***

10.4 Le**PICA**

10.5 Le**Méricisme**(Trouble de rumination)

10.6 Le ***TroubleRestriction ou d'évitement de l'ingestion
d'aliments***

10.7 L'***Autre trouble de l'alimentation ou de l'ingestion
d'aliments, spécifié***

10.8 Le***Trouble de l'alimentation ou de l'ingestion d'aliments,
non spécifié***

11. LE TROUBLE DU CONTRÔLE SPHINCTÉRIEN

11.1 Le *Trouble Énurésie*

11.2 Le *Trouble Encoprésie*

11.3 L'*Autre trouble du contrôle sphinctérien
spécifié*

11.4 Le *Trouble du contrôle sphinctérien non
spécifié*

12. LESTROUBLES DE L'ALTERNANCE VEILLE SOMMEIL

12.1 Le *TroubleInsomnie*

12.2. Le *Trouble Hypersomnolence*

12.3 La*Narcolepsie*

12.4Les*Troubles du sommeil liés à la respiration*

12.5 Les*Troubles de l'alternance veille-sommeil liés
au rythme circadien*

12.6 Les*Parasomnies*

13. LES TROUBLES DEDYSFONCTIONS SEXUELLES

13.1 Le *TroubleÉjaculation retardée*

13.2 Le*Trouble de l'érection*

13.3 Le*Trouble de l'orgasme de la femme*

13.4 Le*Trouble de l'intérêt pour l'activité sexuelle ou de l'excitation sexuelle chez la femme*

13.5 Le*Trouble lié à des douleurs génito-pelviennes ou à la pénétration*

13.6 Le *Trouble deDiminution du désir sexuel chez l'homme*

13.7 Le *Trouble Éjaculation prématurée*(ou éjaculation précoce)

13.8 Le *Trouble Dysfonction sexuelle induite par une substance/médicament*

13.9 Le *Trouble Autre dysfonction sexuelle spécifiée*

13.10 Le *TroubleDysfonction sexuelle non spécifiée*

14. LE TROUBLE *DYS*PHORIE DU GENRE

15. LE TROUBLE DISRUPTIF, DU CONTRÔLE DES IMPULSIONS ET DES CONDUITES

15.1 Le *Trouble oppositionnel avec provocation*

15.2 Le *Trouble explosif intermittent*

15.3 Le *Trouble des conduites*

15.4 Le *Trouble Pyromanie*

15.5 Le *Trouble Kleptomanie*

15.6 L'*Autre trouble disruptif, du contrôle des
impulsions et des conduites, spécifié*

15.7 Le *Trouble disruptif du contrôle des impulsions
et des conduites non spécifié*

16. LES TROUBLES LIÉS À UNE SUBSTANCE ET TROUBLES ADDICTIFS

16.1 Les *Troubles induits par les substances*

16.2 Les *Troubles d'usage des substances*

16.3 Les *Troubles liés à l'alcool*

16.4 Les *Troubles liés à la caféine*

16.5 Les *Troubles liés au cannabis*

16.6 Les *Troubles liés aux hallucinogènes*

16.7 Les *Troubles liés aux substances inhalées*

16.8 Les *Troubles liés aux opiacés*

16.9 Les *Troubles liés aux sédatifs, hypnotiques ou anxiolytiques*

16.10 Les *Troubles liés aux stimulants*

16.11 Les *Troubles liés au tabac*

16.12 Les *Troubles non liés à des substances: le Jeu d'argent pathologique*
(ou *Trouble*
lié au jeu d'argent)

17. LES *TROUBLES NEUROCOGNITIFS*

17.1 Le ***Delirium*** (*état confusionnel*)

17.2 Les **Troubles neurocognitifs majeur et léger**

18. **LESTROUBLES DE LA PERSONNALITÉ**

18.1 Le **Groupe A** des troubles de la personnalité

(18.1 a) le trouble de la *Personnalité paranoïaque*

(18.1 b) le trouble de la *Personnalité schizoïde*

(18.1 c) *Personnalité schizotypique*

18.2 Le **Groupe B** des troubles de la personnalité

(18.2a) Le trouble de la *Personnalité antisociale*

(18.2b) Le trouble de la *Personnalité narcissique*

(18.2c) Le trouble de la *Personnalité limite*

(18.2d) le trouble de la *Personnalité histrionique*

18.3 Le **Groupe C** des troubles de la personnalité

(18.3a) le trouble de la *Personnalité obsessionnelle-compulsive*

(18.3b) le trouble de la *Personnalité évitante*

(18.3c) le trouble de *Personnalité dépendante*

18.4 Le **Groupe des Autres** troubles de la personnalité

19. LESTROUBLES PARAPHILIQUES

19.1 Le Trouble exhibitionnisme

19.2 Le Trouble voyeurisme

19.3 Le *Trouble frotteurisme*

19.4 Le *Trouble pédophilie*

19.5 Le Trouble masochisme sexuel

19.6 Le Trouble sadisme sexuel

19.7 Le Trouble fétichisme

19.8 Le Trouble transvestisme

20. **LES AUTRES TROUBLES MENTAUX**

20.1 L'**Autre trouble mental** spécifié due à une
autre affection médicale

20.2 Le **Trouble mental non spécifié** dû à une
autre affection médicale

20.3 L'**Autre trouble mental autrement spécifié**

20.4 Le **Trouble mental non spécifié**

21. **LESTROUBLES DES MOUVEMENTS ET AUTRES EFFETS INDÉSIRABLES INDUITS PAR UN MÉDICAMENT**

21.1 Le **Parkinsonisme** *induit par les neuroleptiques* et 19.2 le *Parkinsonisme ou une autre médication.*

21.2 Le *Syndrome malin* («aux neuroleptiques» dans le texte anglais)

21.3 La **Dystonie** *aiguë induite par des médicaments*

21.4 L'**Acathisie** *aiguë induite par les médicaments*

21.5 La **Dyskinésie tardive**

21.6 La **dystonie tardive** et

21.7 Le **Tremblement**

21.9 Le **Syndrome d'arrêt des antidépresseurs**

21.10 Les **Autres effets secondaires d'un médicament**

RELATION MÉDECIN-MALADE PATIENT PRÉSENTANT UNE PATHOLOGIE PSYCHIATRIQUE

BUTS ET SPÉCIFICITÉS (1)

- Points communs avec une observation médicale somatique:
 - Repérer les symptômes (tristesse, anxiété, IDS..)
 - Regrouper selon une organisation syndromique
 - Thérapeutique adaptée

BUTS ET SPÉCIFICITÉS (1)

- Points communs avec une observation médicale somatique:
 - Repérer les symptômes (tristesse, anxiété, IDS..)
 - Regrouper selon une organisation syndromique
 - Thérapeutique adaptée

BUTS ET SPÉCIFICITÉS (3)

- ***Subjectivité de la sémiologie:***
 - Recherche de symptômes  analyse d'un discours, d'une production verbale, d'une communication.
 - Symptômes qualitatifs (plus que quantitatifs)
Ex: intensité d'une attaque de panique.
 - Diagnostic clinique et non paraclinique.

BUTS ET SPÉCIFICITÉS (4)

- ***Dimension du relationnel et interaction:***
 - Certaines dimensions sémiologiques plus importantes comme le contact, la présentation, l'habitus.
 - Possibilité, impossibilité ou difficulté à établir une communication.
 - Prise en compte de l'entourage, du contexte social et environnemental du patient.

BUTS ET SPÉCIFICITÉS (5)

- ***Consentement:***

- certaines pathologies psychiatriques peuvent se caractériser par une méconnaissance voire un déni des troubles de la part du patient voire de son entourage.
- Si nécessité de soin, possible recours à une hospitalisation sans consentement qui modifie la relation médecin-malade.

CADRES ET DEMANDES AU COURS DU 1^{ER} ENTRETIEN (1)

- **Cadres:**

- *Urgence:*

- ✓ Attente, parfois longue
l'agressivité.



majoration de l'anxiété, de

- ✓ Lieu impersonnel

- ✓ Temps de consultation plus bref

- ✓ +/- contrainte



neutralité bienveillante

attitude de réassurance

entretien plus directif (orientation)

CADRES ET DEMANDES AU COURS DU 1^{ER} ENTRETIEN (2)

- En consultation:
 - ✓ plus de ponctualité
 - ✓ demande le plus souvent du patient
 - ✓ Moins d'agressivité, d'anxiété la plus part du temps
 - ✓ Symptomatologie «cachée »: fatigue= dépression?



neutralité bienveillante

entretien moins directif en 1^{ère} partie

CADRES ET DEMANDES AU COURS DU 1^{ER} ENTRETIEN (3)

- ***Demandes:***

- Patient lui-même:

- ✓ Condition la plus favorable
 - ✓ Coopération probable
 - ✓ Mais appréhension à ne pas négliger
 - ✓ Reformuler (pour s'assurer d'avoir bien compris la demande qui peut être dissimulé ou formulé qu'en fin d'entretien).
 - ✓ Ne pas s'arrêter à ce que dit le patient.

CADRES ET DEMANDES AU COURS DU 1^{ER} ENTRETIEN (6)

- Dans tout les cas:
 - Mise en confiance
 - Écoute (Entretien initialement libre)
 - Plus directif, dans un 2^{ème} temps, pour revenir sur des éléments à compléter
 - Établissement d'un lien qui a une valeur thérapeutique (Balint)

CADRES ET DEMANDES AU COURS DU 1^{ER} ENTRETIEN (5)

- Demande médico-légale:
 - ✓ Dans le cadre d'ASPRE ou dans le cadre d'une expertise
 - ✓ Problème de réticence, d'animosité voire d'agressivité de la part du patient.
 - ✓ Lieu calme
 - ✓ Relation de confiance / écoute
 - ✓ Bien se définir comme n'étant pas juge.

MODALITÉS DE L'ENTRETIEN (1)

- Généralités: entretien en deux temps:
 - ✓ 1^{er} temps: questions ouvertes afin de cerner la problématique: « quelle est la raison de votre venue? » « quelles sont vos difficultés? ».....
 - ✓ 2^{ème} temps: compléter les données sémiologiques ainsi que l'anamnèse avec un entretien un peu plus directif (sans être sur un mode « policier »).

MODALITÉS DE L'ENTRETIEN (2)

- ***Clinique:***

- Présentation:

- ✓ Corporelle: soins élémentaires, aspect extérieur

- Incurie? Négligence?...

- ✓ Habitus corporel : manière d'entrer, de s'asseoir, de se tenir...

MODALITÉS DE L'ENTRETIEN (3)

○ Contact

- ✓ Contact syntone (« aisé »), hypersyntone, difficile (rétiscent), bizarrerie (étrangeté)
- ✓ Expressions, « mimiques » et gestuelles (communication non-verbale):
 - Aspect inexpressif, hébété: démence? Confusion mentale?
 - Aspect distant: psychotique?
 - Aspect figé, souffrance: EDM? Mélancolie?
 - Aspect séducteur, familier: tr. De pers? Manie? Sd frontal?
- ✓ communication verbale:
 - Aspect global du langage: Cohérence du discours (éléments psychotiques), dynamique du discours (logorrhée?, mutisme?), thématique (Ruine?(mélancolie?))

MODALITÉS DE L'ENTRETIEN (4)

○ Antécédents:

✓ Personnels:

- Psychiatriques: en particulier EDM, épisode psychotique aigus
- Somatiques: recherche de diagnostic différentiel (hypothyroïdie, pathologie neuro-dégénératif...) ou de terrain (épilepsie...)
- Toxiques: OH, cocaïne, THC....

✓ Familiaux:

- Nombreuses pathologies psychiatriques ont une composante génétique (EDM, tr. Bipolaire, Schizophrénie...)

MODALITÉS DE L'ENTRETIEN (5)

○ Éléments biographiques:

- ✓ Enfance / adolescence /traumatismes
- ✓ Scolarité / formation professionnelle
- ✓ Statut socio-professionnel et intégration professionnelle.
- ✓ Vie familiale (conjoint(e), enfant(s)....)
- ✓ Centres d'intérêt

MODALITÉS DE L'ENTRETIEN (6)

- Histoire de la maladie:
 - ✓ Début des symptômes observés.
 - ✓ Mode d'installation
 - ✓ Retentissement dans la vie socio-familiale et/ou professionnelle
 - ✓ Possibilité de s'appuyer sur l'entourage et le médecin traitant lors de début ancien et insidieux

MODALITÉS DE L'ENTRETIEN (7)

○ Examen somatique:

- ✓ Il est indispensable afin d'éliminer des affections somatiques à l'origine de troubles psychiques
- ✓ De manière général, recherche de signes fonctionnels: asthénie, amaigrissement, hyperthermie..
- ✓ En particulier neurologique, endocrinien (palpation de la thyroïde, signes d'hypo-ou hyperthyroïdie..), adénopathie (syndrome para-néoplasique)...

MODALITÉS DE L'ENTRETIEN (8)

- Paraclinique:

- ✓ Biologie: NFS, plaquette, glycémie, TSH....
- ✓ Imagerie: TDM cérébrale
- ✓ ECG

GRANDS SYMPTÔMES À RECHERCHER

(1)

- **THYMIQUES:**

- *Symptômes dépressifs:*

- Douleur morale

- ✓ Tristesse, asthénie, anhédonie (perte d'envie/plaisir), aboulie (perte de volonté de faire les choses)
 - ✓ Culpabilité
 - ✓ Auto-dévalorisation
 - ✓ Pessimisme / difficulté de projection dans l'avenir

- Trouble des conduites instinctuelles:

- ✓ Insomnie avec réveil précoce
 - ✓ Perte d'appétit (anorexie symptôme)
 - ✓ Baisse de la libido

GRANDS SYMPTÔMES À RECHERCHER

(2)

- Ralentissement psycho-moteur

- ✓ Bradypsychie (ralentissement du cours de la pensée)
- ✓ Bradyphémie (ralentissement du débit verbal)
- ✓ Repli
- ✓ Clinophilie
- ✓ Prostration
- ✓ Incurie
- ✓ Hyposyntone (contact peu présent)

GRANDS SYMPTÔMES À RECHERCHER

(3)

- *Symptômes maniaque:*

- Présentation:

- ✓ extravagant, impudeur, débraillé....
 - ✓ Hypermimie

- Contact:

- ✓ Hypersyntonie, familier..
 - ✓ Agressif ou jovial

- Humeur:

- ✓ Exaltation de l'humeur
 - ✓ Euphorie
 - ✓ Hyperhédonie: plaisir accru
 - ✓ Mégalomanie

GRANDS SYMPTÔMES À RECHERCHER

(4)

- Excitation psychomotrice:

- ✓ Tachypsychie (accélération du cours de la pensée)
- ✓ Fuites des idées
- ✓ Coqs de l'âne
- ✓ Logorrhée (parle beaucoup)
- ✓ Ludisme
- ✓ Désinhibition
- ✓ Achats inconsidérés
- ✓ Agitation motrice

- Troubles somatiques:

- ✓ Hyperphagie
- ✓ Insomnie rebelle
- ✓ hyperphagie

GRANDS SYMPTÔMES À RECHERCHER

(5)

- **IDÉES SUICIDAIRES:**

- Les rechercher systématiquement
- Poser directement la question: « avez vous des idées de mort? » « ou des pensées d'en finir ».

Le fait de poser directement la question n'augmente pas le risque de suicide. Au contraire cela peut soulager le patient de se sentir compris et écouter.

- Rechercher un scénario pré-défini.
- Moyens létaux à disposition
- Les ATCD de suicide dans la famille et de TS= FdR
- Facteurs protecteurs: entourage, soutien

GRANDS SYMPTÔMES À RECHERCHER

(6)

- **SYMPTÔMES PSYCHOTIQUES:**
 - Éléments délirants:
 - ✓ Mécanismes: interprétatif, imaginatif, intuitif.
 - ✓ Thèmes: mystique, mégalomanie, persécution.....
 - ✓ Durée: aigus ou chroniques.
 - Éléments hallucinatoires:
 - ✓ Auditives, cénesthésiques plus rarement visuelles (éliminer une cause neurologique)
 - ✓ Durée: aigus ou chroniques

GRANDS SYMPTÔMES À RECHERCHER

(7)

○ Désorganisation:

✓ Intellectuelle:

- Altération du système logique: diffluence, rationalisme morbide
- Troubles du cours de la pensée: barrages, fadings, persévération
- Altération du langage: néologisme (mots inexistants pour un concept flous), barbarisme (mots inexistants pour un autre)

✓ Affective:

- Émoussement affective
- Sourire immotivé
- Sexualité « désaffectivité »

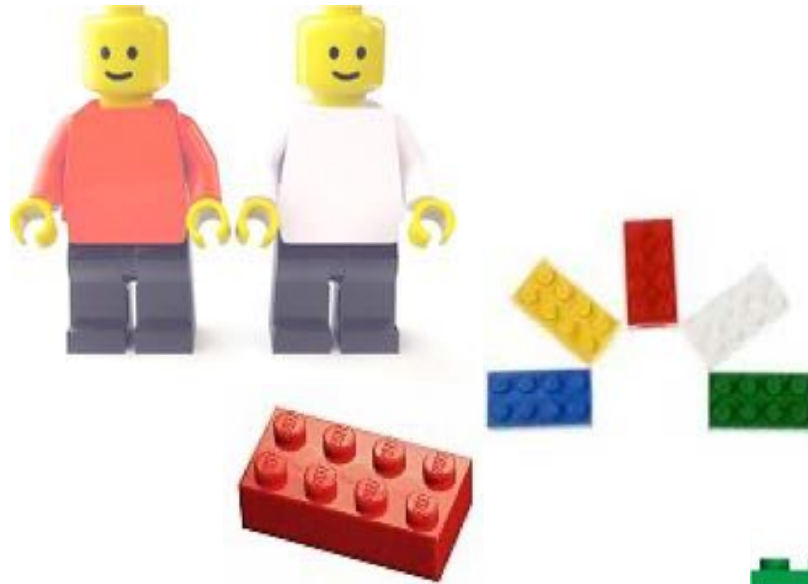
GRANDS SYMPTÔMES À RECHERCHER

(8)

✓ Comportementale:

- Bizarrerie
- Maniérisme
- Syndrome catatonique

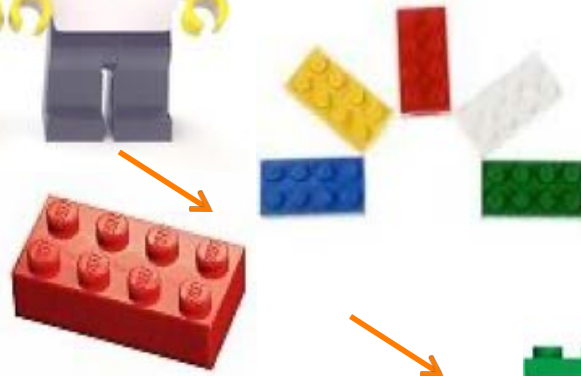
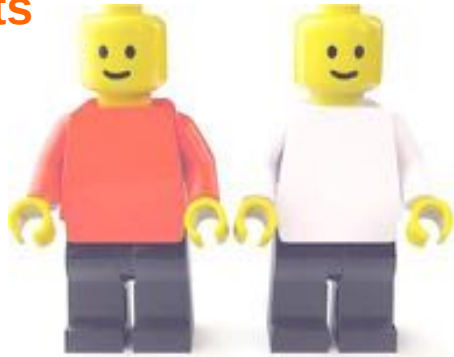
○ Repli autistique.



Sémiologie
psychiatrique de base
pour l'étudiant



Patients



Signes : observations cliniques,
« objective »

Symptômes : expériences décrites par le patient, « subjective »

Syndromes : groupe de signes ou de symptômes formant un ensemble reconnaissable



Troubles



Sémiologie psychiatrique

2' – Fonctions
cognitives

2 - Discours et
Pensée

3 -
Perception

4 -
Affect et
fonction
instinctuell
e

5 -
Conduite



Société

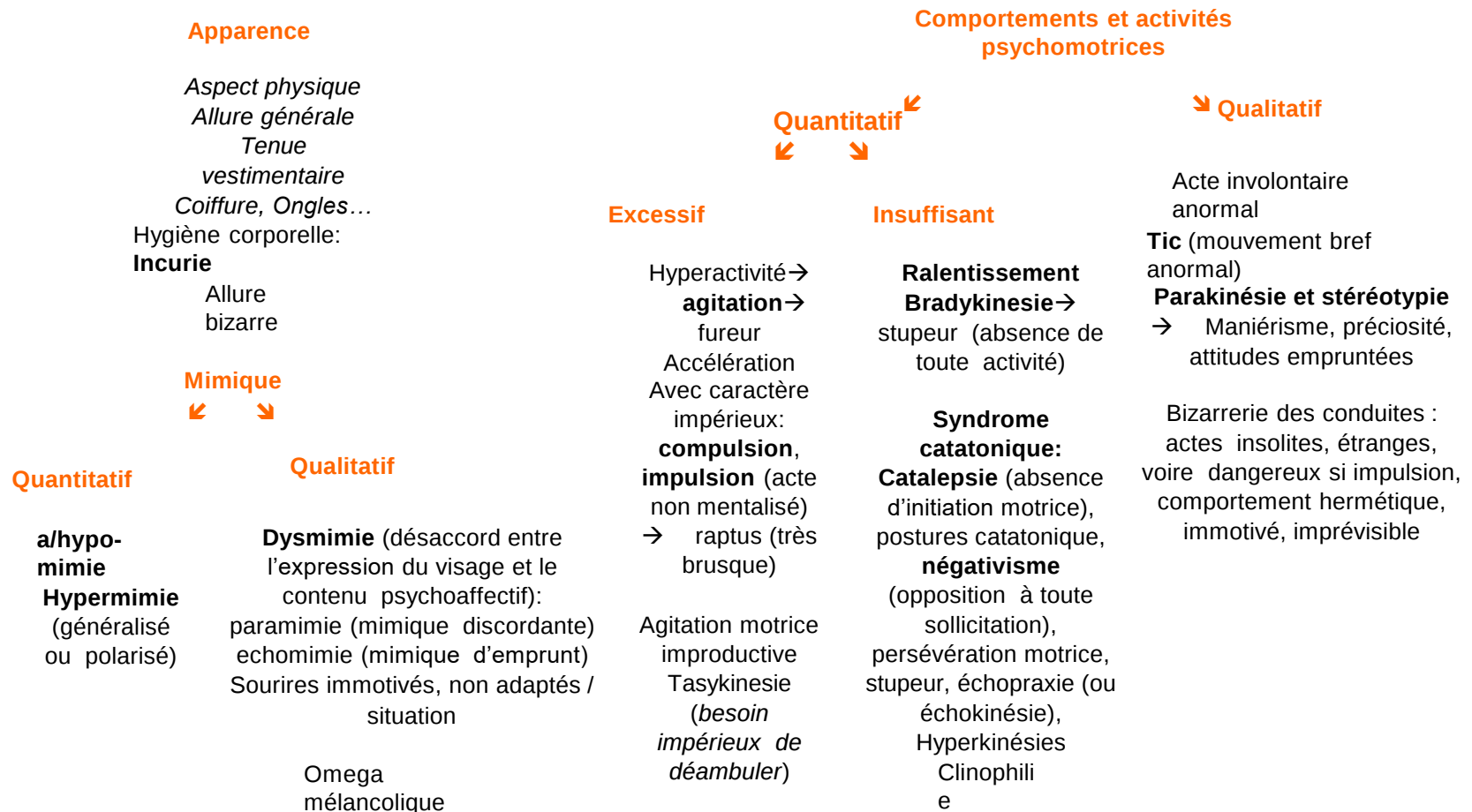


1 - Anomalie de la
présentation et
de l'expression
(d'appréhension
immédiate)



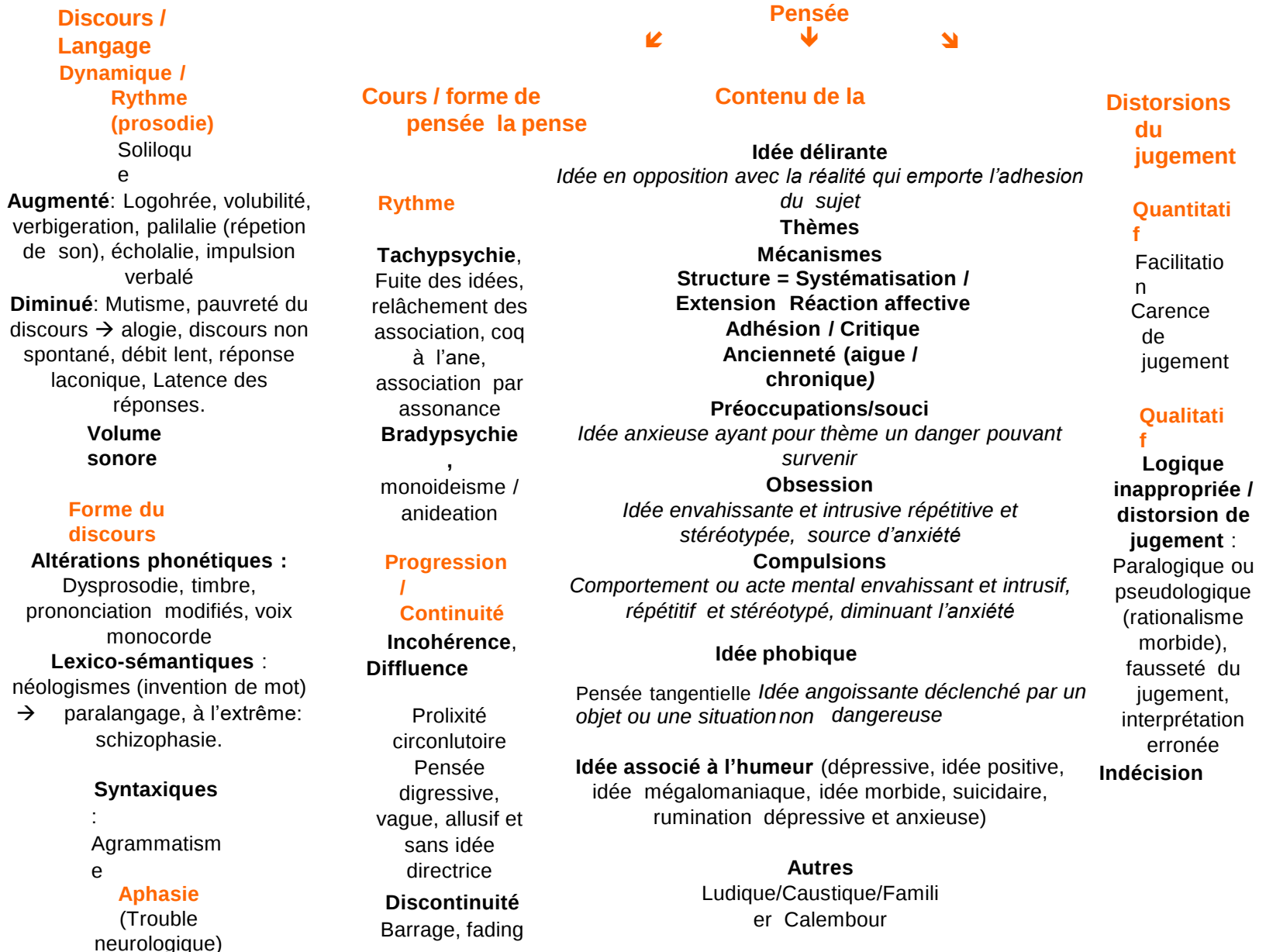
*Le médecin analyse
la sémiologie des
modifications de
l'expérience vécue et
des conduites dans
différents domaines*

Sémiologie psychiatriques 1 - Anomalie de la présentation et de l'expression (d'appréhension immédiate)



Sémiologie psychiatriques 2 -

Discours et Pensés



Sémiologie psychiatriques 2'

- « Cognition »

2 « prime » car sémiologie des fonctions supérieurs à l'interface de la neurologie et de la psychiatrie

Vigilance

Clarté globale
du champs
de
conscience
Hypovigilance
et
Désorientation
spation
temporelle
Confusion
Obnubilation
Stupeur
Délirium
Coma
Hypervigilance

Attention

Polarisation de
la vigilance

Hyper ou
hypoproséxi
e
(Distractibilité)

Conscience

Dépersonnalisation
(perte du sentiment de familiarité avec soi même)
Désincarnation
Desanimation
État crépusculaire,
second, onirique,
oniroïde

Mémoire

Déficit mnésique
(amnésie) Antérograde (de
fixation Rétrograde
(d'évocation) Mixte

Paramnesie
(illusion de
mémoire)

Mini Mental State Examination (MMSE) (Version consensuelle du GRECO)

Orientation		/ 10
Je vais vous poser quelques questions pour apprécier comment fonctionne votre mémoire. Les unes sont très simples, les autres un peu moins. Vous devez répondre du mieux que vous pouvez. Quelle est la date complète d'aujourd'hui ? _____		
Si la réponse est incorrecte ou incomplète, posez les questions restées sans réponse, dans l'ordre suivant :		
1. En quelle année sommes-nous ?		☐
2. En quelle saison ?		☐
3. En quel mois ?		☐
4. Quel jour du mois ?		☐
5. Quel jour de la semaine ?		☐
Je vais vous poser maintenant quelques questions sur l'endroit où nous trouvons.		
6. Quel est le nom de l'hôpital où nous sommes ?		☐
7. Dans quelle ville se trouve-t-il ?		☐
8. Quel est le nom du département dans lequel est située cette ville ?		☐
9. Dans quelle province ou région est située ce département ?		☐
10. A quel étage sommes-nous ?		☐
Apprentissage		/ 3
Je vais vous dire trois mots ; je vous voudrais que vous me les répétiez et que vous essayiez de les retenir car je vous les redemanderais tout à l'heure.		
11. Cigare	Citron	Fureauil
12. Fleur	CM	Tulipe
13. Porte	Balkon	Canard
Répéter les 3 mots.		
Attention et calcul		/ 5
Veuillez-vous compter à partir de 100 en retirant 7 à chaque fois ?		
14.		93
15.		86
16.		79
17.		72
18.		65
Pour tous les sujets, même pour ceux qui ont obtenu le maximum de points, demander : Veuillez-vous épeler le mot MONDE à l'envers ?		
Rappel		/ 3
Pouvez-vous me dire quels étaient les 3 mots que je vous ai demandés de répéter et de retenir tout à l'heure ?		
11. Cigare	Citron	Fureauil
12. Fleur	CM	Tulipe
13. Porte	Balkon	Canard
Language		/ 8
Montrer un crayon. 22. Quel est le nom de cet objet ?		
Montrer votre montre. 23. Quel est le nom de cet objet ?		
24. Écoutez bien et répétez après moi : « PAS DE MAIS, DE SI, NI DE ET »		
Poser une feuille de papier sur le bureau, la montrer au sujet en lui disant : « Écoutez bien et faites ce que je vais vous dire :		
25. Prenez cette feuille de papier avec votre main droite,		
26. Pliez-la en deux,		
27. Et jetez-la par terre. »		
Tendre au sujet une feuille de papier sur laquelle est écrit en gros caractère : « FERMEZ LES YEUX » et dire au sujet :		
28. « Faites ce qui est écrit ».		
Tendre au sujet une feuille de papier et un stylo, en disant :		
29. « Veuillez-vous m'écrire une phrase, ce que vous voulez, mais une phrase entière. »		
Praxies constructives		/ 1
Tendre au sujet une feuille de papier et lui demander : 30. « Veuillez-vous recopier ce dessin ? »		

Sémiologie psychiatriques 3 - Perceptions

Hallucinations



Intrapsychique

Perte de l'intimité psychique
Absence de sensorialité et de spatialité

Dévidement de la pensée

Diffusion de la pensée

Vol de pensée
Echo de pensée
Commentaire de pensée ou d'acte

Pensée/ Acte imposé



Sensorielle

Sensorialité, spatialité, conviction de la réalité (*≠* hallucinose)
Visuelles

Auditives, acoustico- verbales (attitudes d'écoute, soliloque)

Olfactive, gustative
Tactile

Cénesthésique (sensibilité interne)
SIMPLE OU COMPLEXE

Autres



Perception anormale

Déréalisation
(expérience étrangeté du monde extérieur)

Synesthésie

Variation qualitative ou quantitative

Illusion



Sémiologie psychiatriques

4 - Affects et fonctions instinctuelles

Humeur

Tonalité affective globale et durable qui colore la perception du monde

Quantitatif

Euthymique

Humeur dépressive ou Dysphorique

Associé à état de tristesse, hypothyrie douloureuse (douleur morale), dévalorisation de soi même, pessimisme démesuré, fatigue

Indifférence thymique ou Athymhormie

Humeur extensive, ou exaltation thymique, ou hyperthymie ou euphorie Du bien être
→ à l'exstase

Qualitatif

Labilité de l'humeur (ou humeur versatile) et Irritabilité, Colère

Emotions

Réponse émotionnelle immédiate à un stimulus

Quantitatif

Anhedonie (EDM)

Anesthésie affective Aboulie

Restreint

Émoussé / Abrasé (SCZ)

Hyperhedonie
Hyperesthésie affective et sensorielle
Hyperreactivité émotionnelle
Hypersyntonie

Qualitatif

Discordance ideo affective :
mouvements instinctivo-affectifs paradoxaux, réactions émotives inappropriées, imprévisibles, ambivalence

Anxiété

Peur de danger associé à sensation d'attente
Anxiété flottante
Angoisse

Physiologie

associés aux affects

Alimentation

Anorexie / Hyperphagie
Amaigrissement / prise de

poids

Sommeil

Insomnie /
Hypersomnie

Sexualité

Hypo / Hypersexualité
Baisse libido ou exacerbée

Transit

Constipation

Asthénie /

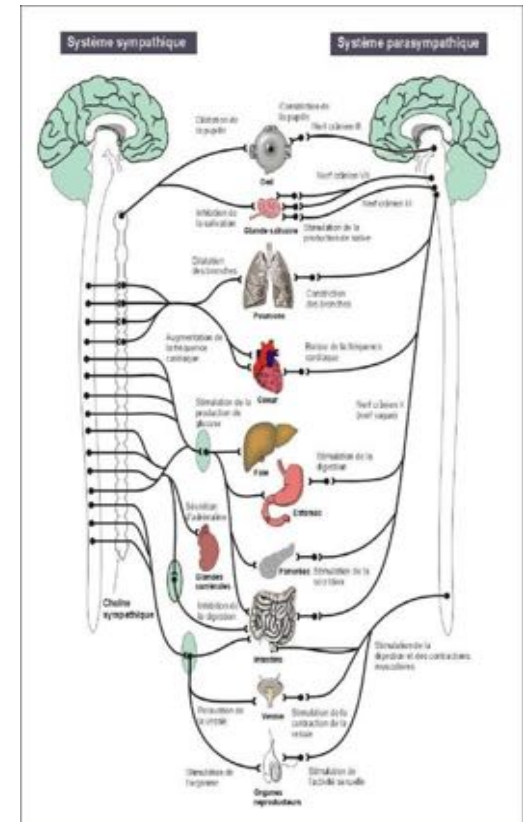
Fatigue

Plainte

somatique

Autres

Pica Hypersudation
Hypersialhorée
Aménorrhée Hyper-réactivité neurovégétative



Sémiologie psychiatriques 5 - Conduites

Fugue

Errance Voyage
pathologique

Passage à l'acte

Suicide
Auto ou hétéro
agressif

Contrôle des impulsions et fonctionnement interpersonnel

Desinhibition
sociale et
sexuel

Atteinte au
moeurs
Agressivité

Conduite à risque : pour lui ou
autrui

Insight

Conscience de la maladie et
capacité d'attribuer les expériences
mentales inhabituelles à la
pathologie

Jugement de ses
comportements

**Adhésion au
traitement**

Les premiers secours psychologiques

Dr Achille BAPOLISI



Différents types d'événements

- les guerres
- les catastrophes naturelles
- les accidents
- les incendies
- les violences interpersonnelles (par exemple, la violence sexuelle).

Les Victimes

- Des personnes
- des familles
- des communautés entières
- Ces personnes peuvent perdre
 - leur maison
 - leurs proches
 - être séparés de leur famille et de leur communauté
 - être témoins de violence, de destruction
 - confrontés à la mort.

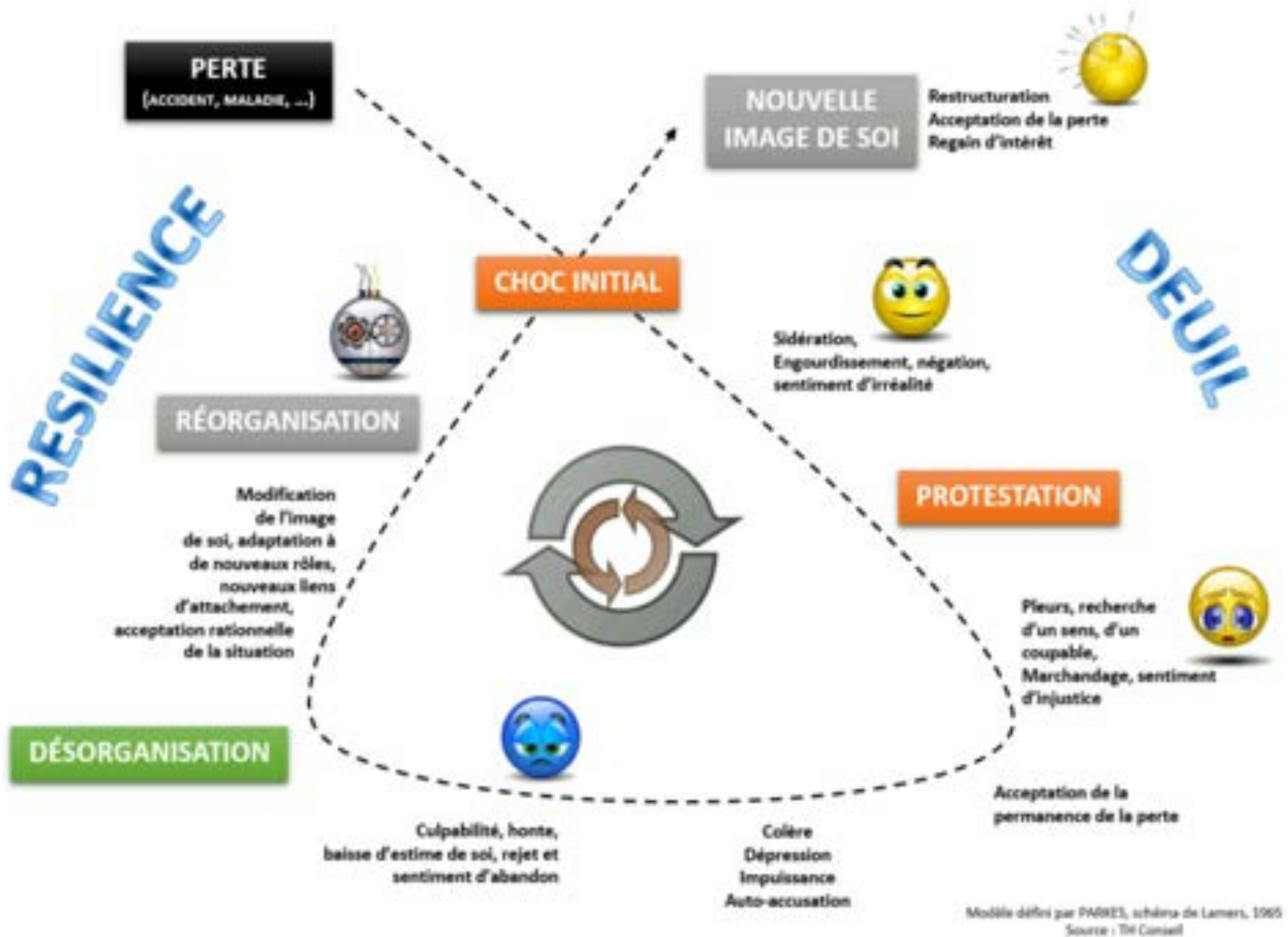
Facteurs déterminants

- la nature et la gravité des événements vécus
- l'expérience antérieure d'événements stressants
- le soutien de l'entourage ; » la santé physique
- les antécédents personnels et familiaux de problèmes de santé mentale
- la culture et les traditions
- l'âge (par exemple, en fonction de leur âge, les enfants réagissent différemment).

Résilience

Définition de Marie Anaut (2003)

- l'art de **s'adapter** aux **situations adverses**
- en développant **des capacités**
- en liens avec des **ressources internes et externes**
- permettant d'allier **construction psychique adéquate**
- et **insertion sociale**



Bases Psychologiques de la résilience

- Il y a résilience lorsque les facteurs de protection prennent le dessus sur les facteurs de vulnérabilité.



les premiers secours psychologiques (PSP)

- apporter soutien et soin concrets, sans intrusion
- évaluer les besoins et les préoccupations de la personne
- aider les personnes à répondre à leurs besoins essentiels (par exemple, la nourriture et l'eau, les informations)
- écouter la personne sans la pousser à parler
- reconforter les personnes et les aider à se calmer
- aider les personnes à obtenir les informations, les services et le soutien social dont elles ont besoin
- protéger les personnes d'éventuels nouveaux dangers.

CE QUE LES PSP NE SONT PAS :

- Ce n'est pas une aide que seuls les professionnels peuvent apporter
- Ce n'est pas un soutien psychologique professionnel.
- Ce n'est pas un « débriefing psychologique »,
- On ne demande pas aux personnes d'analyser ce qui s'est produit ou de retrouver la chronologie des événements
- il ne s'agit en aucun cas de pousser les personnes à parler de leurs ressentis ou de leurs réactions face à l'événement qu'elles ont vécu.

Éléments essentiels des PSP

- le sentiment d'être en sécurité, soutenu par le groupe, calme et ayant de l'espoir
- l'accès à un soutien social, physique et émotionnel
- le sentiment de pouvoir s'en sortir en tant que personne et en tant que communauté.

LES PSP : POUR QUI, OÙ ET QUAND ?



À QUI SONT DESTINÉS LES PSP ?

- les personnes souffrant de blessures graves et potentiellement mortelles ayant besoin de soins médicaux d'urgence
- les personnes qui sont si bouleversées qu'elles ne peuvent prendre soin d'elles mêmes, ni de leurs enfants
- les personnes qui peuvent se faire du mal
- les personnes qui peuvent faire du mal à autrui.
- Les personnes qui le demandent

QUAND LES PSP SONT-ILS PROPOSÉS ?

- généralement au cours de l'événement, ou tout de suite après celui-ci.



OÙ APPORTER LES PSP ?

- vous êtes suffisamment en sécurité
 - le lieu d'un accident
 - au sein de la communauté
 - Centre d'accueil
 - centres de santé
 - les abris ou les camps
 - les écoles
 - les sites de distribution (nourriture ou autres)
- l'intimité, confidentialité et le respect de la dignité de la personne.

UNE AIDE RESPONSABLE EST ASSOCIÉE À QUATRE GRANDS

PRINCIPES :

- RESPECTER LA SÉCURITÉ, LA DIGNITÉ ET LES DROITS
- ADAPTER CE QUE L'ON FAIT POUR PRENDRE EN COMPTE LA CULTURE DE LA PERSONNE
- ÊTRE AU COURANT DES AUTRES INTERVENTIONS D'URGENCE
- PRENDRE SOIN DE SOI

APPORTER LES PSP

- **PRÉPAREZ VOUS**

- Renseignez-vous sur la situation de crise.
- Renseignez-vous sur les services et les soutiens existants.
- Renseignez-vous sur les questions de sécurité.

- **BIEN COMMUNIQUER**

- En restant calme
- en faisant preuve de compréhension
- ne pas pousser les personnes

LES PRINCIPES D'ACTION DES PSP : OBSERVER, ÉCOUTER ET METTRE EN CONTACT

- Observer:
 - Assurez-vous de la sécurité
 - Identifiez les personnes ayant clairement des besoins essentiels urgents
 - Identifiez les personnes les plus en détresse.



exemples de réactions de détresse en cas de crise

- présenter des symptômes physiques (comme des tremblements, des maux de tête, une sensation de fatigue intense, une perte d'appétit, des maux et des douleurs)
- pleurer, être triste, d'humeur dépressive, avoir de la peine
- être anxieux, avoir peur
- avoir des insomnies, des cauchemars ; » être irritable, en colère
- se sentir coupable, avoir honte (par exemple, d'avoir survécu, ou de ne pas avoir aidé ou sauvé les autres)
- être confus, se sentir coupé de la réalité ou plongé dans une torpeur
- être très renfermé ou figé (la personne ne bouge pas)
- ne pas réagir à la présence et la sollicitation d'autres personnes, ne pas parler du tout
- être désorienté (par exemple, la personne ne se souvient pas de son nom, d'où elle vient ou ce qui s'est passé)
- être incapable de s'occuper de soi ou de ses enfants (par exemple la personne ne mange pas, ne boit pas, ne peut pas prendre des décisions simples).



LES PRINCIPES D'ACTION DES PSP : OBSERVER, ÉCOUTER ET METTRE EN CONTACT

- **ÉCOUTER**

- Abordez les personnes qui peuvent avoir besoin de soutien
- Demandez-leur quels sont leurs besoins et leurs préoccupations
- Écoutez les personnes, et aidez-les à se calmer.

- Apprenez à écouter avec :

- Vos yeux : en accordant toute votre attention à la personne
- Vos oreilles : en écoutant vraiment ses préoccupations
- Votre coeur : en faisant preuve de compassion et de respect



LES PRINCIPES D'ACTION DES PSP : OBSERVER, ÉCOUTER ET METTRE EN CONTACT

- Aidez les personnes à répondre à leurs besoins essentiels et à accéder aux services existants.
- Aidez les personnes à gérer les problèmes qu'elles rencontrent
- Transmettez des informations.
- Mettez les personnes en contact avec leurs proches et avec un soutien social.



BESOINS FRÉQUENTS :

- Les besoins essentiels, comme un abri, de la nourriture, de l'eau et l'accès à des toilettes.
- Des services de santé pour soigner les blessures ou trouver de l'aide en cas de problème de santé chronique.
- Des informations compréhensibles et exactes sur l'événement, les proches et les services disponibles.
- La possibilité de communiquer avec ses proches, ses amis et les autres soutiens sociaux.
- L'accès à un soutien spécifique en fonction de la culture ou de la religion de la personne.
- Etre consulté sur les décisions importantes à prendre, et y participer.

- **Aidez les personnes à s'aider elles-mêmes et à reprendre le contrôle de la situation.**



LES PERSONNES NÉCESSITANT UNE AIDE PARTICULIÈRE

- Les enfants, y compris les adolescents.
- Les personnes souffrant de problèmes de santé ou de handicaps.
- Les personnes confrontées à un risque de discrimination ou à la violence.



« Par un regard bienveillant, par une écoute accueillante, par des gestes de tendresse; redonner espoir et dignité à ceux que l'horreur imprévisible et impensable avait deshumanisés »

Achille Bapolisi

TROUBLES LIES AU STRESS (TRAUMA)

**TROUBLES DE LE SPÉCTRE DE LA
SCHIZOPHRÉNIE**

TROUBLES BIPOLAIRES

TROUBLES DE LA PERSONNALITÉ

**TROUBLES LIES A
L'UTILISATION DE SUBSTANCES PSYCHOACTIVES**

Pour CENTRE NEUROPSYCHIATRIQUE SOSAME

Dr. Éric KWAKYA



PSYCHOSES

Lwiro mars 2021

Dr KWAKYA Eric



DSM-5 : rappel

- But = **aider les cliniciens expérimentés** à poser les diagnostics de troubles mentaux dont souffrent leurs patients, en tant que **partie de la formulation de cas clinique** qui permet de déterminer de manière parfaitement informée le traitement pour chaque individu.
- La formulation de cas clinique pour chaque patient : résumé attentif de l'histoire clinique + résumé concis des facteurs sociaux, psychologiques et biologiques contributifs du développement d'un trouble mental donné
- Poser un diagnostic  Simplement cocher les symptômes présents dans les listes de critères diagnostiques
- L'exercice d'un jugement clinique indispensable pour apprécier la sévérité et la valence relatives de ces critères individuels ainsi que leur contribution au diagnostic =

Contenu

- Essai de définition
- Facteurs en cause et mécanismes en jeu
- Classifications des formes cliniques
- Prise en charge

Psychose(s)

- Quid ?

Psychose(s)

- Un ensemble de troubles
- Nosographie variée DSM, CIM, INSERM, ...

PSYCHIATRIE

NOSOGRAPHIES

CLASSIFICATIONS

■ Principaux changements

DSM-IV → DSM-5

- Abandon du système multiaxial
- Abaissement de certains seuils diagnostics
- Ajouts de troubles et apparition de nouvelles catégories
- Nouvelles conceptualisations de certains troubles
- Troubles à étudier (pas encore inclus, section 3), ...



Psychose(s) : Classification ou formes cliniques

- Spectre de la schizophrénie et autres troubles psychotiques (DSM-5)
 - *Personnalité schizotypique*
 - *Trouble délirant*
 - *Trouble psychotique bref*
 - *Trouble schizophréniforme*
 - *Schizophrénie*
 - *Trouble schizo-affectif*

Psychose(s) : Classification ou formes cliniques

- Spectre de la schizophrénie et autres troubles psychotiques (DSM5)
 - *Trouble psychotique induit par une substance/un médicament*
 - *Trouble psychotique dû à une autre affection médicale*
 - *Catatonie associé à un autre trouble mental*
 - *Trouble catatonique due à une autre affection médicale*
 - *Catatonie non spécifique*
 - *Autre trouble du spectre de la schizophrénie ou autre trouble psychotique spécifié*
 - *Autre trouble du spectre de la schizophrénie ou autre trouble psychotique non spécifié*

Psychose : quid ?

- Altération du rapport à (perte du sens de) la réalité (partagée) ;
- Vécu parallèle, avec hyperesthésie ;
- Manifestée au travers de :
 - *Perte de la conscience (du caractère morbide) du trouble (insight) ;*
 - *Trouble de la perception (hallucinations et illusions) ;*
 - *Trouble de l'attribution du sens aux événements ;*
 - *Trouble de la pensée (syndrome délirant) ;*
 - *Trouble du comportement et des affects.*
- Vs Névrose
- Vs Erreur

Psychose Vs Névrose

■ Névrose :

- *maladies de la personnalité caractérisées par un conflit intrapsychique qui inhibe les conduites sociales ;*
- *troubles mentaux d'expression psychique, somatique ou comportementale ;*
- *;sans étiologie organique démontrable ;*
- *ressentis par le sujet comme des phénomènes étrangers à sa personnalité et indésirables ;*
- *perturbant peu ou pas l'expérience de la réalité et le sentiment d'identité ;*
- *durables ou récidivants.*

Psychose Vs Névrose

■ La structure névrotique : 4 éléments

- 1- Pas de délire
- 2- conscience du caractère pathologique du trouble
- 3- symptômes compréhensibles en fonction de l'histoire du patient
- 4- Facteurs psychiques jouant un rôle important dans leurs genèses

■ Ces 4 éléments les différencient des psychoses

■ Les psychoses associent :

- une structure psychotique ;
- un trouble de la personnalité ;
- un délire.

■ Structure psychotique

- ABSENCE de conscience du trouble
- Détachement du réel = DELIRE
- Symptômes NON COMPREHENSIBLES en fonction de l'histoire du malade

■ Trouble de la personnalité (fréquent mais non constant)

- Personnalité schizoïde pour la schizophrénie
- Personnalité paranoïaque pour la paranoïa ; ...

Psychoses

■ Délire

- Les idées délirantes sont :
 - *individuelles (non partagées par les sujets du même milieu)*
 - *non modifiables par la logique ou par l'expérience*
 - *stables (différent des fabulations qui s'enrichissent au fil du discours).*
- **toujours décrire le délire avec une phrase comprenant les mots-clés : - délire**

Psychoses

- **Délire** dont on précisera :
 - 1- L'ancienneté : **CHRONIQUES (> 6 MOIS) ou AIGUS**
 - 2-**Les thèmes** : persécution - mégalomanie - mystique - cosmique - hypocondriaque - référence (sujet pense être le centre du monde) - culpabilité, négation, jalousie, érotomanie*, revendication...
 - 3-**Les mécanismes** : imagination - interprétation - intuition - illusion - hallucinations : psychosensorielles / psychiques
 - 4-**La structure (systématisation ou l'organisation)** : (bien) systématisé (le délire a une **logique interne**, il est cohérent avec lui-même. L'affectivité et le comportement sont adaptés au délire. Ex dans la paranoïa) ou non (mal) systématisé (le délire est incompréhensible, incohérent et sans logique. Ex délire paranoïde dans la schizophrénie).

Psychoses

- **Délire** dont on précisera :

- **5-L'adhésion** : faible ou forte

- **6-La réaction** : persécution - mégalomanie - mystique - cosmique - hypocondriaque - référence (sujet pense être le centre du monde) - culpabilité, négation, jalousie, érotomanie*, revendication...

- **7-Le mode d'installation** : brutal (soudain) ou progressif (insidieux)

Psychoses

- **Hallucination** dont on précisera :
 - **psychosensorielles** : auditives, visuelles, gustatives, olfactives, cénesthésiques -
 - **psychiques** : voix intérieure(s), transmission de pensée, vol ou devinement de pensée = **AUTOMATISME MENTAL** = **perte de contrôle de sa pensée** = **Syndrome d'influence**

Psychoses

SCHIZOPHRÉNIE

SYNDROME DISSOCIATIF

- *résulte de l'intrication, dans les différentes opérations mentales, de :*
 - *L'ambivalence ;*
 - *Le détachement du réel ;*
 - *L'hermétisme ;*
 - *La bizarrerie,*

■ SYNDROME AUTISTIQUE

- *Autisme : être dans son monde*

Psychoses

Registre intellectuel	Pensée dissociée : trouble du débit idéique (barrages, fading mental) Champ de la conscience : ataxie intrapsychique Langage : mutisme, logorrhée, néologismes, réponses « à côté », mots-valises, schizophasie, logolatrie, ... Système logique : rationalisme morbide, pensée magique, pensée paralogique Fonctions élémentaires : relâchement associatif donnant un discours allusif et hermétique. Troubles de l'attention et de la concentration.
Registre affectif	Ambivalence Athymormie Réactions émotives inappropriées, paradoxales
Registre comportemental	

Psychoses

Registre intellectuel	• Qui affectionnent particulièrement certains thèmes : • Etrangeté - Dépersonnalisation, • Influence ; • Et qui s'organisent sur un mode autistique : le délire est exprimé dans un langage abstrait et symbolique, il est très difficile à pénétrer et paraît, de l'extérieur, incohérent ; • il utilise des modes de pensée magiques.
Registre affectif	Ambivalence Athymormie Réactions émotives inappropriées, paradoxales
Registre comportemental	

Psychoses

Registre intellectuel	
Registre affectif	Ambivalence, Athymormie, Emoussement Réactions émotives inappropriées, paradoxales Indifférence affective, Négativisme, Régression instinctivo-affective, Perturbation des relations sociales.
Registre comportemental	Bizarreries, théâtralisme baroque, maniérisme Discordance, impénétrabilité des motifs Aboulie, apragmatisme, paramimie, impulsions, protopulsions Actes régressifs (actes pervers) Négativisme Catatonie, catalepsie

GENERALITES

SYNDROME CONFUSIONNEL

Définition

- La confusion mentale est une psychose aiguë caractérisée par :
 - *une perturbation aiguë et transitoire des capacités d'éveil et d'attention*
 - *Un syndrome confusionnel*
 - *secondaire à une atteinte encéphalique généralement diffuse et réversible.*
- Le syndrome confusionnel constitue le noyau séméiologique commun aux différentes confusions.
- Dans les nosographies (nomenclatures) actuelles (DSM et CIM), le terme de confusion mentale a laissé la place à celui de Délirium.

ETUDE CLINIQUE

TDD

- Phase d'état :
- Présentation et comportement
 - *Présentation : égarement, hébétude, inadaptation, incurie, pauvreté du langage, perplexité anxieuse*
 - *Absence de contact*
 - *Comportement incohérent, stupeur, agitation, actes auto ou hétéro-agressifs*
- Signes psychiques
 - *Confusion intellectuelle : obnubilation, désorientation, troubles mnésiques*
 - *Onirisme*
- Signes physiques
 - *Déshydratation*
 - *Céphalées, tremblements*
 - *Signes neuro-végétatifs*
 - *Troubles du sommeil*

ETUDE CLINIQUE

TDD

- L'évolutivité d'un tableau clinique psychiatrique pendant la journée, voire d'heure en heure, doit toujours faire évoquer une origine organique du tableau, et en particulier la confusion mentale.
- Les données de l'EEG montrent un rythme lent de fréquence delta de 1,5 à 3 cycles/secondes en région frontale le plus souvent. Des signes de localisation, spécifiques à l'étiologie, sont à rechercher systématiquement.
- Aggravation nycthéméral des symptômes, ou dans l'obscurité, ainsi que leur fluctuation d'un moment à l'autre de la journée, est caractéristique de la confusion mentale.
- L'association de l'onirisme (inconstant) et de l'obnubilation intellectuelle (constante) est très évocatrice.

Psychoses : syndrome délirant

Psychoses aiguës

- BDA
- Psychose puerpérale
- Confusion mentale :
 - *Syndrome confusionnel*

Psychoses chroniques

- Dissociatives = schizophrénie
 - *Syndrome dissociatif et autistique*
- Non dissociatives = Trouble délirant
 - *Paranoïa*
 - *PHC*
 - *Paraphrénie*

Psychose(s)

- Facteurs en cause & Mécanismes en jeu ?

Psychose(s) : Facteurs en cause et mécanismes en jeu

- Facteurs en cause & Mécanismes en jeu ?
 - Causalité complexe, non linéaire
 - Bio-psycho-sociaux

Psychose(s) : Facteurs en cause et mécanismes en jeu

- *La plupart des troubles psychiatriques sont dues à :*
 - *une vulnérabilité biologique – souvent génétique*
 - *combinée avec une situation psychosociale défavorable*
 - *et ils sont déclenchés par un événement de la vie, souvent de nature spécifique (décès d'un conjoint, naissance, ...)*

Psychose(s) : Facteurs en cause et mécanismes en jeu

- Facteurs et mécanismes biologiques
- Alliance entre la génétique et les facteurs environnementaux pour perturber le traitement de l'information
 - *Anomalies génétiques des molécules cérébrales ;*
 - *Gènes de vulnérabilité + facteurs de stress significatifs de l'environnement*
 - *Théorie neuro-développementale ;*
 - *Facteurs non génétiques comme les traumatismes émotionnels et physiques, des apprentissages aberrants, des drogues, des toxines où des infections ;*
 - *Carences dans le processus de développement psychique*
- Mais où, à quel endroit du cerveau?

Psychose(s) : Facteurs en cause et mécanismes en jeu

- Liens entre sémiologie psychiatriques et dysfonctionnement de certains circuits cérébraux spécifiques (imagerie cérébrale et génétique)
- Neurones corticaux en connexion ou réseaux avec les neurones de nombreuses aires cérébrales
- Fonctions cérébrales et comportements sous-tendus par ces réseaux
- Effet ressenti dans toutes les boucles fonctionnelles directement animées par ces circuits et perturbations en aval aussi sous forme d'un traitement inefficace de l'information

Psychose(s) : Facteurs en cause et mécanismes en jeu

- Boucles ou circuits cortico-corticaux :
 - *Cortex cingulaire antérieur (CCA) – cortex préfrontal dorsolatéral (CPFDL) et cortex orbitofrontal (COF)*
 - *COF – Hippocampe*
 - *CPFDL – Amygdale et Hippocampe*
- Interactions, boucles ou circuits cortico-striato-thalamo-corticale :

Psychose(s) : Facteurs en cause et mécanismes en jeu

- Des nœuds de neurotransmetteurs influencent des nœuds corticaux préfrontaux et leur interaction cortico-corticales
- Plusieurs neurotransmetteurs différents proviennent de neurones qui ont leur corps cellulaire dans le tronc et qui possèdent des axones se projetant vers le cortex préfrontal ainsi que vers de nombreuses autres aires cérébrales

Psychose(s) : Facteurs en cause et mécanismes en jeu

- Neurosciences : les monoamines
 - *Système noradrénergique*
 - *Système sérotoninergique*
 - *Système dopaminergique, cholinergique, gabaergique*
 - *Neuroplasticité*

Psychose(s) : Facteurs en cause et mécanismes en jeu

- Théories cognitives :
- Structures cognitives rigides responsable d'une interprétation systématiquement négative des événements
- Carence de renforcement positif du moi, impuissance apprise avec des schémas inconscients situés dans la mémoire à long terme filtrant les infos reçues de l'extérieur, ne retenant que les aspects négatifs
- Théories attributives en face de l'échec et de la réussite :
 - *Lieu de contrôle externe et interne*
 - *Stabilité et instabilité*
 - *Intentionnalité*

Psychose(s) : Facteurs en cause et mécanismes en jeu

- Psychodynamique :
 - *Freud : mélancolie et deuil*
 - Regret de l'objet disparu, perte de la libido
 - Manie : mécanisme de défense : déni de la perte de l'objet
 - *Abraham : incapacité à aimer des stades oral et anal*
 - Stades oraux de succion et de morsure (cannibalique)
 - Stades anaux : d'expulsion-réjection et de destruction/ de rétention et de maîtrise
 - Compulsion de répétition suite a une blessure grave du narcissisme infantile par déception originelle
 - *Mélanie Klein : théorie des positions (schizoparanoïde et dépressive)*
 - Mère comme objet total ambivalent bon et mauvais
 - Moi idem

Psychose(s) : Facteurs en cause et mécanismes en jeu

- Théories socio-environnementales :
 - *Concept de réaction*
 - *Rôle des événements de vie (actuels et facteurs prédisposants)*

Psychose(s) : Classification ou formes cliniques

- Contrairement aux névroses, les psychoses sont des **affections** caractérisées par une **perception erronée et inadéquate de la réalité aussi bien interne qu'externe**.
- En ce qui concerne les **psychoses aiguës**, ce sont des affections psychotiques **transitoires** qui **se résolvent** spontanément ou habituellement sous traitement, en quelques jours, semaines ou au plus quelques mois. On cite parmi elles, la bouffée délirante, la confusion mentale, la psychose puerpérale, la manie (délirante ou avec caractéristiques psychotiques) et la mélancolie (dépression majeure délirante ou avec caractéristiques psychotiques)
- Manie et mélancolie sont volontiers étudiées actuellement dans le grand chapitre des troubles de l'humeur du fait de leurs caractéristiques particulières mais n'en demeurent pas moins des affections psychotiques aiguës.

Psychose(s) : Classification ou formes cliniques

- **Historique** Le concept de psychose a été introduit en 1845 dans le « Manuel de psychologie médicale » par le baron Ernst von Feuchtersleben, médecin viennois.
- A l'origine, le terme ne s'oppose pas à celui de **névrose** proposé dès 1777 par **l'Écossais W. Cullen**.
- Les psychoses constituent alors une classe particulière des névroses. L'introduction du terme de psychose désigne l'aliénation mentale pour remplacer le vieux concept de « **vésanie** ».
- La névrose, déjà bien en place dans le discours médical, fait du système nerveux la source et le régulateur de tous les phénomènes vitaux de sorte que les troubles du fonctionnement du système nerveux lui fournissent un principe d'explication. Selon Cullen, les névroses sont des affections du système nerveux qui ne sont pas imputables à des lésions localisées. Il les subdivise en « comas » (l'apoplexie ou l'attaque) et « spasmes » (les convulsions). L'autre

Psychose(s) : Classification ou formes cliniques

- Les psychoses aiguës se différencient des psychoses chroniques du fait de leur évolution à court terme et du fait qu'elles peuvent être rapportées à une **déstructuration temporaire de l'activité de la conscience**.
- A l'opposé, **les psychoses chroniques** sont des affections évoluant dans le long terme, le plus souvent à vie et sont davantage des **affections de la personnalité** entraînant un bouleversement chronique de celle-ci. Dans ces affections chroniques, il y a une **altération** et une **aliénation** de la personnalité due à une perception erronée et inadéquate de l'**unité** et de l'**identité** de la personne.
- Cependant une psychose aiguë peut se transformer en psychose chronique en ajoutant à l'altération du champ de la conscience, une altération plus durable ou permanente du Moi.

Psychose(s) : Classification ou formes cliniques

- DSM-5
- Spectre de la schizophrénie et autres troubles psychotiques
 - *Personnalité schizotypique*
 - *Trouble délirant*
 - *Trouble psychotique bref*
 - *Trouble schizophréniforme*
 - *Schizophrénie*
 - *Trouble schizo-affectif*

Psychose(s) : Classification ou formes cliniques

- DSM5
- Spectre de la schizophrénie et autres troubles psychotiques
 - *Trouble psychotique induit par une substance/un médicament*
 - *Trouble psychotique dû à une autre affection médicale*
 - *Catatonie associé à un autre trouble mental*
 - *Trouble catatonique due à une autre affection médicale*
 - *Catatonie non spécifique*
 - *Autre trouble du spectre de la schizophrénie ou autre trouble psychotique spécifié*
 - *Autre trouble du spectre de la schizophrénie ou autre trouble psychotique non spécifié*

Psychose(s) : Classification ou formes cliniques

- Spectre de la schizophrénie et autres troubles psychotiques (DSM-5)
 - *Personnalité schizotypique : voir troubles de personnalité*
 - *Trouble délirant*
 - Présence d'une (ou plusieurs) idée(s) délirantes
 - Si les hallucinations présentes, non proéminentes mais en rapport avec le thème du délire
 - Pas d'altération marquée du fonctionnement ni de singularité ni bizarreries manifestes du comportement
 - Si épisode maniaque ou dépressif caractérisé, ces épisodes sont plus courts que celui délirant
 - Type érotomaniaque, mégalomaniaque, de jalousie, de persécution, type somatique, mixte, non spécifié,
 - Avec contenu bizarre
 - Premier épisode (multiples épisodes, continu), actuellement en épisode aigu, en rémission,

Psychose(s) : Classification ou formes cliniques

- Spectre de la schizophrénie et autres troubles psychotiques (DSM-5)
 - *Trouble psychotique bref*
 - Présence d'un (ou plus) des symptômes suivants. Au moins l'un des symptômes (1), (2) ou (3) doit être présent :
 1. *Idées délirantes*
 2. *Hallucinations*
 3. *Discours désorganisé*
 4. *Comportement grossièrement désorganisé ou catatonique*
 - Au moins 1 jour mais moins d'un mois, avec retour complet au niveau de fonctionnement pré-morbide
 - Non maniaque, ni dépressif ou un autre trouble psychotique, ni induit par une substance/un médicament, ni à une autre affection médicale
 - Avec (ou sans) facteurs (s) de stress marqués ; avec début lors du post-partum, avec catatonie
 - *Trouble schizophréniforme*

Psychose(s) : Classification ou formes cliniques

- Spectre de la schizophrénie et autres troubles psychotiques (DSM-5)
 - *Trouble schizophréniforme*
 - Deux (ou plus) des symptômes suivants présents, durant une période de un mois (moins d 6 mois). Au moins l'un des symptômes (1), (2) ou (3) doit être présent :
 1. *Idées délirantes*
 2. *Hallucinations*
 3. *Discours désorganisé*
 4. *Comportement grossièrement désorganisé ou catatonique*
 5. *Symptômes négatifs*
 - Avec (ou sans) caractéristiques de bon pronostic
 - Avec catatonie

Psychose(s) : Classification ou formes cliniques

- Spectre de la schizophrénie et autres troubles psychotiques (DSM-5)
 - *Schizophrénie*
 - Deux (ou plus) des symptômes suivants présents, durant une période de un mois. Au moins l'un des symptômes (1), (2) ou (3) doit être présent :
 1. *Idées délirantes*
 2. *Hallucinations*
 3. *Discours désorganisé*
 4. *Comportement grossièrement désorganisé ou catatonique*
 5. *Symptômes négatifs*
 - Le niveau de fonctionnement dans un domaine majeur est passé en dessous du niveau atteint avant la maladie
 - Des signes continus du trouble persistent au moins durant 6 mois, sans un autre trouble pouvant expliquer la maladie
 - Si antécédents du trouble du spectre d'autisme ou de la communication, symptômes hallucinatoires ou délirants importants
 - Premier épisode (multiples épisodes, continu), actuellement en épisode aigu, en rémission, avec catatonie

Psychose(s) : Classification ou formes cliniques

- Spectre de la schizophrénie et autres troubles psychotiques (DSM-5)
 - *Schizophrénie*
 - *Trouble schizo-affectif*
 - Période ininterrompue de maladie pendant laquelle sont présents à la fois un épisode thymique caractérisé et le critère A de schizophrénie
 - Idées délirantes et hallucinations pendant au moins 2 semaines sur la durée de la maladie
 - Type bipolaire, type dépressif, avec catatonie
 - Premier épisode (multiples épisodes, continu), actuellement en épisode aigu, en rémission,.

Psychose(s) : Classification ou formes cliniques

- EVOLUTION
- Le génie évolutif de l'affection aiguë doit être apprécié : L'évolution est en général de

Psychose(s) : Prise en charge

- Obéît aux mécanismes étio-pathogéniques
 - *Biologiques*
 - *Psychologiques*
 - *Sociaux*
- Respecte les stratégies de soin :
 - *Globalité, continuité, multisectorialité*
 - *Promotionnel, préventif, curatif*
- Biologiques : chimiothérapies et traitement physique
 - *Psychotropes*
 - *Adjuvants*
 - *Correcteurs*
 - *Choc, ...*

Psychose(s) : Prise en charge

- Les psychoses aiguës sont sensibles à la chimiothérapie psychotrope surtout **neuroleptique incisive ou sédatif**, à laquelle on peut adjoindre des **tranquillisants**, des **antidépresseurs** et parfois des **thymorégulateurs**.
- On doit veiller à la prescription des **correcteurs** antiparkinsoniens en cas d'effets secondaires extrapyramidaux ou à adjoindre d'autres correcteurs devant les effets collatéraux des molécules prescrites (**et essayer de réduire les doses, prévention par pauci thérapie et augmentation graduelle**).

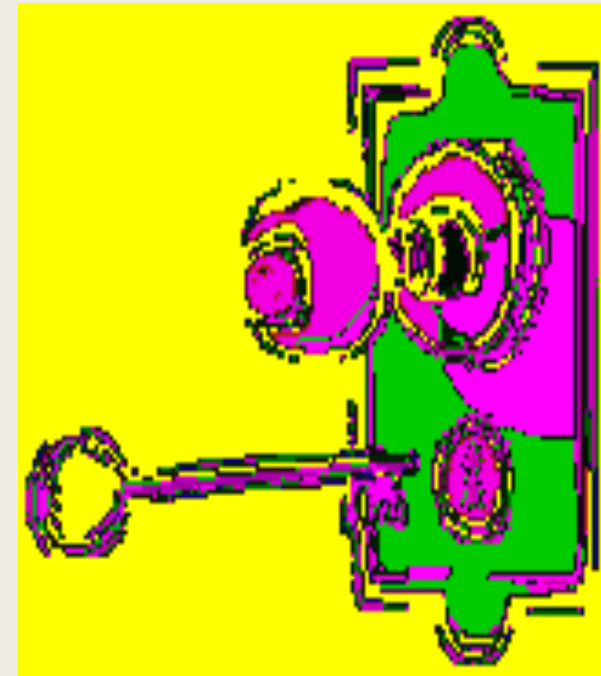
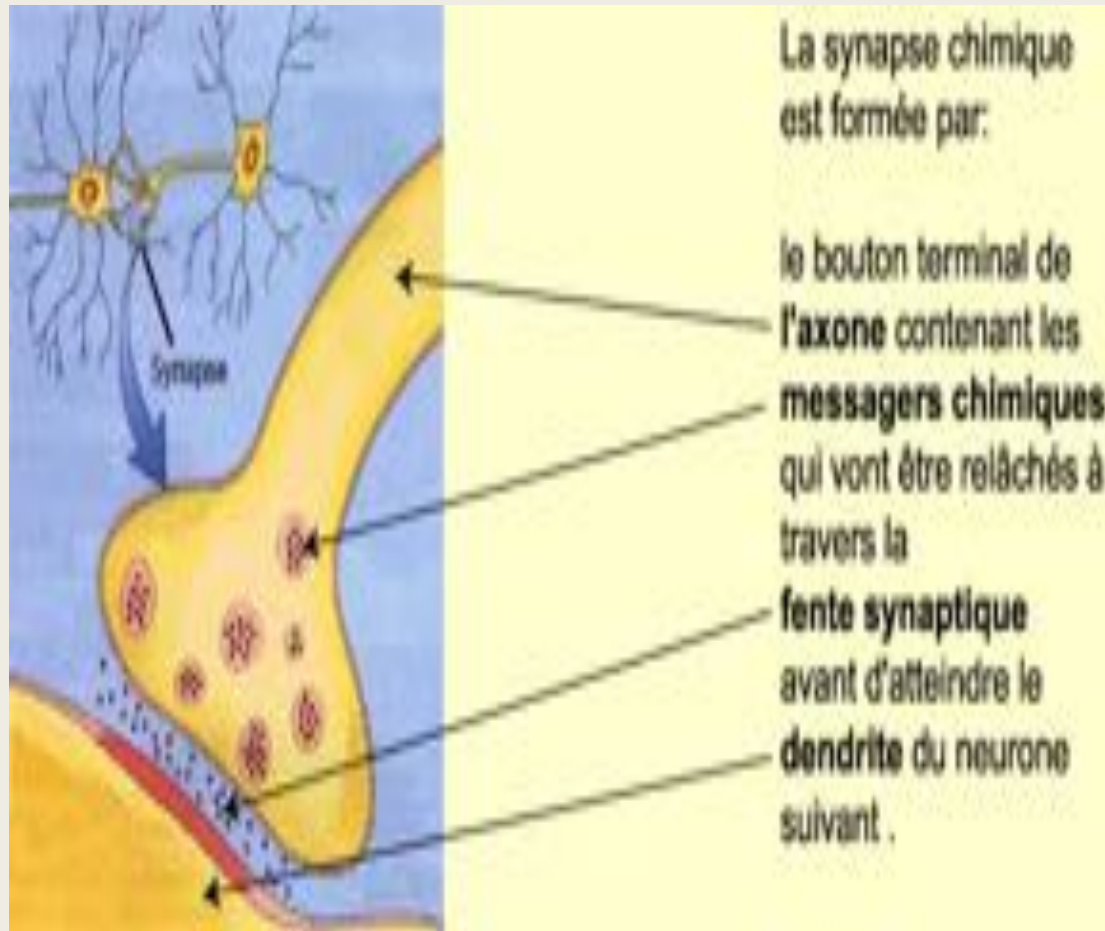
Psychose(s) : Prise en charge

- Une **cure électrique (sismothérapie)** est possible en cas d'échec, d'agitation ou de fureur extrêmes.
- Le **soutien psychothérapique (psycho-éducation)** est toujours utile pour aider le patient à revenir plus vite à la réalité. Une psychothérapie plus élaborée ne peut être envisagée que loin de l'épisode, après évaluation minutieuse de la personnalité, du terrain et des antécédents.
- Une **approche sociothérapique** du cas peut aussi être nécessaire.

Psychose(s) : Prise en charge ?

- Compréhension des processus de contrôle nerveux des grandes fonctions ;
- Intérêt physiopathologie : mécanismes des hyperexcitations/hypo-excitations ;
- Principe du traitement de pathologies neurologiques, psychiatriques : notion d ' agonistes ou d ' antagonistes des neuromédiateurs

Psychose(s) : Prise en charge ?



Psychose(s) : Prise en charge ?

- ASPECTS BIOLOGIQUES
- Action psychotropes :
 - *Modification synthèse médiateur*
 - *Compétition sites de stockage*
 - *Favoriser libération*
 - *Empêche son activation*

Psychose(s) : Prise en charge ?

- **Psychotropes** = médicament qui agissent sur le psychisme
 - *utilisés pour atténuer les symptômes psychiatriques ou une souffrance psychique*
 - *Action par modification de la chimie cérébral.*
- Différentes classifications
 - *Classification chimique, Classification clinique, Classification biochimique, Classification expérimentale*
- Classification de DELAY et DENICKER
 - *Psycholeptique*
 - *Psychoanaleptique*
 - *psychodysleptique*

Psychose(s) : Prise en charge ?

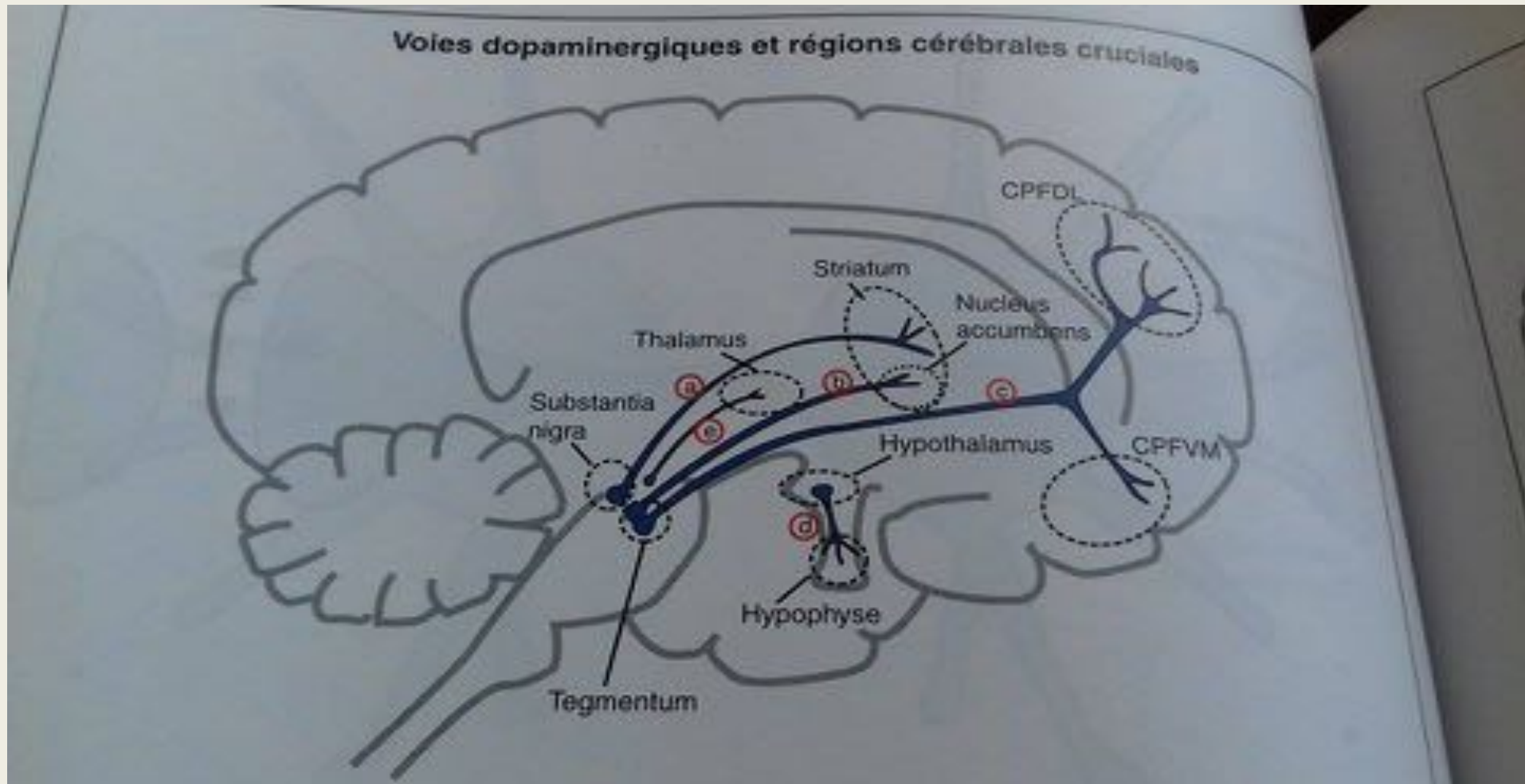
- **Psychotropes** = médicament qui agissent sur le psychisme
 - *utilisés pour atténuer les symptômes psychiatriques ou une souffrance psychique*
 - *Action par modification de la chimie cérébral.*
- **Neuroleptique** = sous-famille des psychotropes bloquant les systèmes dopaminergiques centraux définis par les critères de Delay et Deniker
 - *Création d'un état d'indifférence psychomotrice spéciale*
 - *Efficacité vis-à-vis des états d'excitation et d'agitation*
 - *Réduction progressive de troubles psychotiques aigus et chroniques*
 - *Production de syndromes extra-pyramidaux et végétatifs*
 - *Effets sous corticaux dominants.*

Psychose(s) : Prise en charge ?

- *Psycholeptique : composé de 3 classes*
 - Action sur vigilance : hypnotiques
 - Action sur l'humeur : tranquillisants
 - Action sur le cognitif : neuroleptiques
- *Les neuroleptiques :*
- *Psychoanaleptique : 3 classes peuvent être distinguées :*
 - Les stimulants de l'humeur : thymoanaleptiques ou antidépresseurs
 - Les stimulants de la vigilance : noo-analeptiques : amphétamines
 - Les nootropes : psychotoniques
- *Psychodysleptiques :*
 - Thymorégulateurs (régulateurs de l'humeur) : Lithium et antiépileptiques
 - Les analgésiques narcotiques et hallucinogènes
 - L'alcool, l'éther et les solvants (enivrants)

Psychose(s) : Prise en charge ?

Neuroleptiques : bloquent les systèmes dopaminergiques centraux



Psychose(s) : Prise en charge ?

Neuroleptiques : bloquent les systèmes dopaminergiques centraux

- Définis par les critères de Delay et Deniker
 - *Création d'un état d'indifférence psychomotrice spéciale*
 - *Efficacité vis-à-vis des états d'excitation et d'agitation*
 - *Réduction progressive de troubles psychotiques aigus et chroniques*
 - *Production de syndromes extra-pyramidaux et végétatifs*
 - *Effets sous corticaux dominants.*

Psychose(s) : Prise en charge ?

NEUROLEPTIQUES

- Phénothiazines aliphatiques
 - *Chlorpromazine/ Largactil^R*
 - *Lévomépromazine/ Nozinan^R*
 - *Alimémazine/Théralène^R*
- Phénothiazines pipérazinées
 - *Fluphénazine/(Moditen^R, Modécate^R)*
 - *Thiopropérazine//Majeptil^R*
- Phénothiazines pipéridinées
 - *Thioridazine/Melleril^R*
 - *Pipothiazine /Piportil^R*

Psychose(s) : Prise en charge ?

NEUROLEPTIQUES

■ BUTYRIPHENONES

■ Polyvalents

- *Halopéridol /Haldol^R*

■ Sédatives

- *Pipampérone/Dipipéron^R*

■ Désinhibitrices

- *Penfluridol/Semap^R*

■ THIOXANTHENES

- *Flupentixol/Fluanxol^R*
- *Zuclopentixol/Clopixol^R*

■ BENZAMIDES

■ Bipolaires

- *Sulpiride/Dogmatil^R*
- *Amisulpride/Solian^R*

■ Sédatifs

- *Tiapride/Tiapridal^R*
- *Sultopride/Barnétil^R*

Psychose(s) : Prise en charge ?

NEUROLEPTIQUES

- CLASSIFICATION CLINIQUE
- Selon la prédominance de leurs activités cliniques :
- Antiproductive : contre délire, hallucination, excitation psychique
 - *Haldol, Piportil, Modécate, Dogmatil, Clopixol...*
- Anti-déficitaire : action désinhibitrice dans les schizophrénies hébéphréniques
 - *Piportil, Majeptil, fluanxol*
- Action sédatrice : contre toute forme d'angoisse majeure, contre l'agitation psychomotrice.
 - *Largactil, Tercian, Nozinan*
- En urgence :
 - *Largactil, tercián, Nozinan, Droleptan, Barnétil, Solian...*

Psychose(s) : Prise en charge ?

NEUROLEPTIQUES : EFFETS INDESIRABLES

- Dyskinésies aiguës, syndrome parkinsonien, akathisie et dyskinésies tardives
- Crises comitiales possibles avec clozapine et olanzapine
- Effets métaboliques avec prise de poids, parfois diabète de type II, hyperlipidémie, hyperprolactinémie, frigidité, impuissance,
- Confusion, sécheresse buccale
- Hypotension orthostatique
- Le syndrome malin rare 0,5% grave: hyperthermie, pâleur, collapsus, sueurs, rigidité extra pyramidale, hypotension, tachycardie, coma.

Psychose(s) : Prise en charge ?

NEUROLEPTIQUES : EFFETS INDESIRABLES



Psychose(s) : Prise en charge ?

NEUROLEPTIQUES : EFFETS INDESIRABLES

- Action sur d'autres récepteurs
 - *Blocage cholinergique muscarinique :*
 - Bouche sèche, vision floue, constipation, émoussement affectif, moins de SEP
 - *Blocage des récepteurs histaminergiques :*
 - Prise de poids, somnolence
 - *Blocage des récepteurs adrenergiques alpha1 :*
 - Effets cardiovasculaires : hypotension ortho, somnolence

NEUROLEPTIQUES : PRISE EN CHARGE DES EFFETS SECONDAIRES

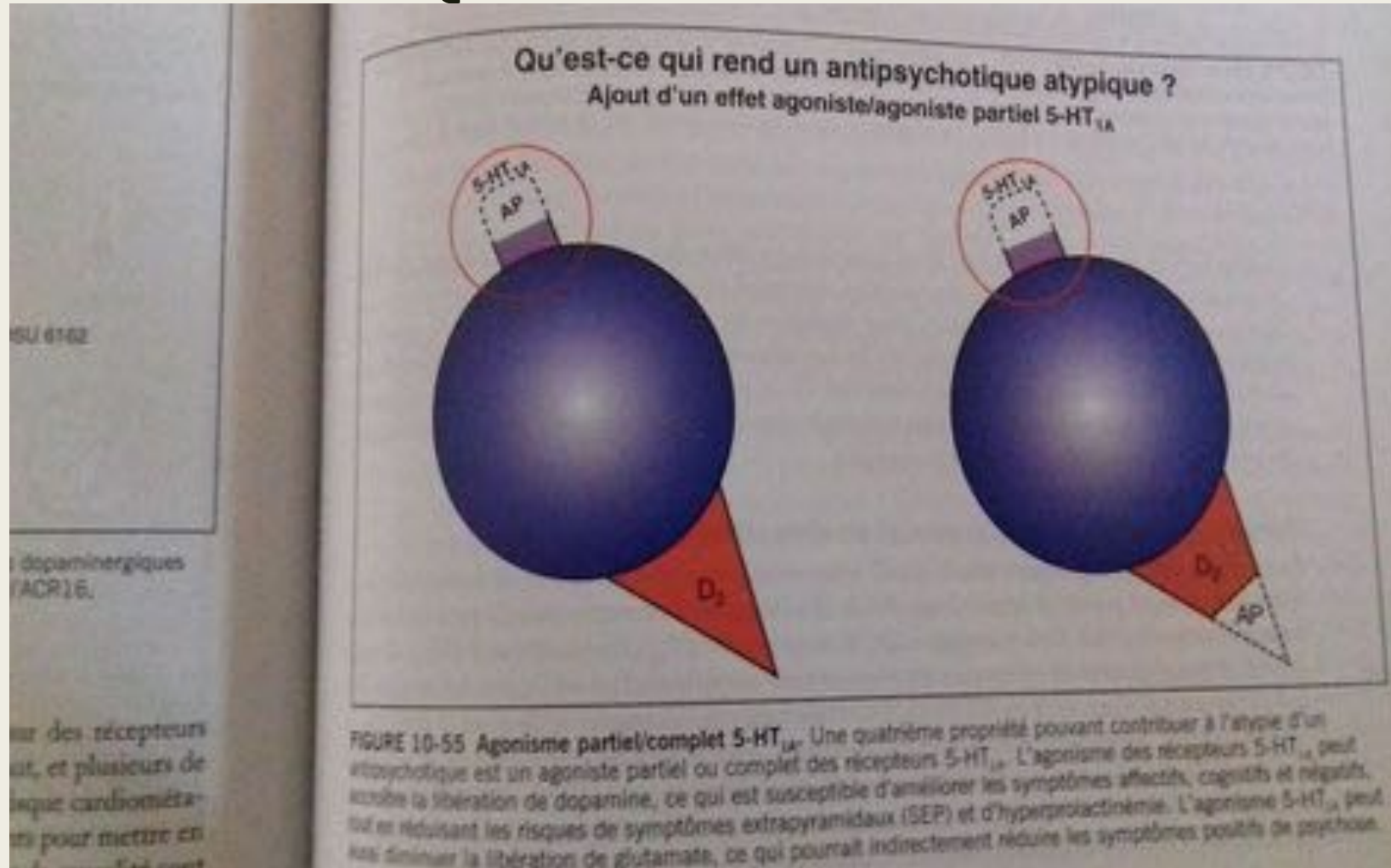
- Principe : réduction dose et/ou correcteur
 - *Hypotension : analeptique CV Heptamyl, Praxinor*
 - *Sécheresse buccale : Sulfarlem S25*
 - *Syndrome parkinsonien : antiparkinsonien de synthèse : trihexyphénidyl/Artane^R*
 - *Prise de poids : surveillance alimentaire*
 - *Dépression : traitement antidépresseur ??*
 - *Galactorrhée : mesures obstétricales (réduction boissons, soutien-gorge serré, Bromocryptine/Parlodel^R*
 - *Baisse libido : éducation sexuelle, aphrodisiaque, soutien psychologique*
 - *Syndrome malin : arrêt des NLP, réanimation*
 - *Akathisie : augmentation doses ; adjonction Propranolol/Inderal^R ??*
 - *Dyskinésie tardive : irréversible : augmentation dose ??*

Psychose(s) : Prise en charge

ANTIPSYCHOTIQUES

- NEUROLEPTIQUES DE SECONDE GÉNÉRATION OU ATYPIQUES
- Aux doses habituelles, n'obéissent plus à l'ensemble des critères de Delay et Deniker
 - *Peu ou pas d'effets secondaires extrapyramidaux (effets parkinsoniens, dyskinésies tardives)*
 - *Implications d'autres récepteurs que les dopaminergiques, Cholinergiques, sérotoninergiques, GABAergiques, adrénergiques*
 - Benzisoxazoles : Risperidone/Risperdal*
 - Dibenzoxazépines : Loxapine/Loxapac*
 - Dibenzodizépines : Olanzapine/Zyprexa*

Psychose(s) : Prise en charge ANTIPSYCHOTIQUES



Psychose(s) : Prise en charge

ANTIPSYCHOTIQUES

- NL de seconde génération
 - *Dibenzodiazépines*
 - *Benzisoxazoles*
 - *Quinolinones*

Psychose(s) : Prise en charge NEUROLEPTIQUES

- Utilité incontestable ; à eux seuls insuffisants pour éliminer la souffrance psychique
- À inscrire dans la prise en charge globale du patient dans son contexte bio-psycho-social
- Nécessité d'une bonne connaissance des règles de maniement : Drogue : efficacité et moindre risque.
- Connaissance « familière » jamais parfaite ; étude des principaux travaux publiés et longue expérience
- Double risque :
 - *Nouveaux produits prescrits et anciens abandonnés*
 - *Fidélité à certains médicaments VS attrait nouveauté : routine*

Psychose(s) : Prise en charge

NEUROLEPTIQUES

- Facilitations des stratégies psychothérapeutiques adaptées aux pathologies psychiatriques lourdes dans le cadre d'une prise en charge globale et du réseau de soins
- Fréquence des rechutes, des récurrences dans bon nombre de troubles mentaux, même lorsque correctement traités (chronicité)
- Prise en compte d'abord, prise en charge ensuite des aspects psychologiques, sociaux et de personnalité des patients souffrant de troubles

Psychose(s) : Prise en charge NEUROLEPTIQUES

- Ne pas oublier : perturbations dans la relation soignant-malade
- Relation particulière
- Déresponsabilisation, régression, nostalgie...
- Hôpital : instance maternelle bonne/redoutable
- Besoin exacerbé de dépendance:
 - ✓ *Syndrome de Münchhausen*
 - ✓ *Syndrome érotomaniaque*
 - ✓ *Revendication pathologique*
 - ✓ *Hypochondrie*
- Un refus de la relation avec le soignant

Psychose(s) : Prise en charge

NEUROLEPTIQUES

- Ne pas oublier : perturbations dans la relation soignant-malade
- La disparition des symptômes, la difficulté intérieure de certains patients à assumer, accepter le rôle de malade, le sentiment d'être incompris, la réaction de revendication vis-à-vis des médecins, le syndrome de Münchhausen, l'érotomanie, l'hypocondrie
- Psychologie du soignant
 - *Points faibles:*
 - ✓ Besoin excessif de connaître
 - ✓ Zèle thérapeutique parfois mégalomane
 - ✓ Tendances à la réparation
 - *Réactions vis-à-vis des patients : sentiments, contre-attitudes*
 - *Tolérance vis-à-vis de l'anxiété du patient.*

Psychose(s) : Prise en charge NEUROLEPTIQUES

- Réhabilitation, réinsertion
- Le soin thérapeutique: traite la maladie et en réduit les symptômes, la réadaptation, ou réhabilitation: améliore les capacités du malade, la réinsertion concerne l'intégration dans la société : droits sociaux, travail, logement,
- Deux premières étapes : secteur sanitaire, troisième : secteur social.
- MAIS, en réalité, découpage non chronologique, actions simultanées et coordonnées
- Stratégies coordonnées de soins, de réadaptation et de réinsertion.

Psychose(s) : Prise en charge ?

■ Prévention des troubles mentaux

- Créer conditions de vie et environnement sains
- Créer un contexte garantissant respect, protection des droits civils, politiques, socioéconomiques et culturels
- Pas de santé mentale sans sécurité et liberté de ces droits
- Politiques nationales de santé mentale: pas de limites aux troubles mentaux
- Intégrer promotion santé mentale dans politiques des secteurs privé et public: emploi, éducation, justice, transports, logement...
- Développer stratégies intersectorielles :

Psychose(s) : Prise en charge ?

■ Prévention des troubles mentaux

- Développer les stratégies intersectorielles :
- Créer un contexte garantissant respect, protection des droits civils, politiques, socioéconomiques et culturels
- Pas de santé mentale sans sécurité et liberté de ces droits
- Politiques nationales de santé mentale : pas de limites aux troubles mentaux
- Intégrer promotion santé mentale dans politiques des secteurs privé et public : emploi, éducation, justice, transports, logement...
- Développer stratégies intersectorielles :
 - Visites à domicile pour femmes enceintes
 - Aide nutritionnelle et psychosociale pour populations défavorisées
 - Accès à l'autonomie socioéconomique femmes

Psychose(s) : Prise en charge ?

- Prévention des troubles mentaux
 - STRATEGIES D'INTERVENTION
 - Accompagnement social des personnes âgées :
 - Initiatives visant à améliorer contacts amicaux
 - Participation active à la vie communautaire
 - Interventions psychosociales au lendemain des catastrophes
 - Programmes de préventions de violence et d'abus de substances psychoactives

Psychose(s) : Prise en charge ?

- **Prévention des troubles mentaux : stratégies d'intervention**
 - Créer conditions de vie et environnement sain
- **Accompagnement social des personnes âgées:**
- Initiatives visant à améliorer contacts amicaux
- Participation active à la vie communautaire
- Interventions psychosociales au lendemain des catastrophes
- Programmes de préventions de violence et d'abus de substances psychoactives

MERCI DE VOTRE ATTENTION!!!

Troubles bipolaires et apparentés (DSM-5)

- Trouble bipolaire de type I
- Trouble bipolaire de type II
- Trouble cyclothymique
- Trouble bipolaire ou apparenté induit par une substance/un médicament
- Trouble bipolaire ou apparenté dû à une autre affection médicale
- Autre trouble bipolaire ou apparenté spécifié
- Trouble bipolaire ou apparenté non spécifié

Concepts

- Troubles de l'humeur :

- *Troubles dépressifs (dyspuratif, dysphorique, dépressif caractérisé, dysthymique)*
- *Troubles bipolaires : ensemble de maladies ou spectre d'une maladie*
 - Résultat de plusieurs constructions ou classifications
 - *Nuances et différences*
 - Anciennement psychose maniaco-dépressive (France)
 - *Psychose?*

Concepts

■ Troubles bipolaires :

- *Dépression & Manie oscillatoires*
- *Notion de répétition / cycle*
- *Notion de rémission spontanée*
- *Intervalle inter-critique de qualité (rémission complète entre les crises)*
- *Début à la fin adolescence / âge adulte jeune*
- *Gravité graduelle*

Troubles bipolaires et apparentés

- Suppose connaissance clinique des syndromes maniaque, hypomaniaque et dépressif
- Il s'agit de leur succession ou leur combinaison de manière cyclique (épisode mixte)

Troubles bipolaires et apparentés

- Les spécifications suivantes s'appliquent :
 - *Avec détresse anxieuse*
 - *Sévérité actuelle (léger, moyen, moyen-grave ou grave)*
 - *Avec caractéristiques mixtes, mélancoliques, atypiques*
 - *Avec caractéristiques psychotiques congruent ou non à l'humeur*
 - *Avec cycles rapides*
 - *Avec catatonie*
 - *Avec début lors du péripartum*
 - *Avec caractère saisonnier*

Troubles bipolaires et apparentés

■ Épisode maniaques (DSM-5)

- *Période nettement délimitée avec humeur élevée, expansive ou irritable et avec augmentation anormale et persistance de l'activité orientée vers un but ou de l'énergie, pendant au moins 1 semaine*
- *Associée à au moins 3 des symptômes suivants (4 si humeur simplement irritable)*
 1. Augmentation de l'estime de soi ou idée de grandeur
 2. Réduction du besoin de sommeil
 3. Plus grande communicabilité que d'habitude
 4. Fuite des idées ou sensation que les idées défilent
 5. Distractibilité
 6. Augmentation de l'activité orientée vers un but (social, professionnel, scolaire ou sexuel) ou agitation psychomotrice (sans objectif, non orientée vers un but)
 7. Engagement excessif dans des activités à potentiel élevé des conséquences dommageables (achats incosidérés, investissements déraisonnables).

Troubles bipolaires et apparentés

- Épisode maniaques (DSM-5)

- A. *Période nettement délimitée avec humeur élevée, expansive ou irritable et avec augmentation anormale et persistance de l'activité orientée vers un but ou de l'énergie, pendant au moins 1 semaine*
- B. *Associée à au moins 3 des symptômes suivants (4 si humeur simplement irritable)*
- C. *Altération du fonctionnement professionnel ou des activités sociales ou nécessité d'hospitalisation protectrice ou caractéristiques psychotiques*
- D. *Non imputable aux effets physiologiques d'une substance ou à une autre affection médicale*

Troubles bipolaires et apparentés

- Trouble bipolaire de type I

- *A répondu aux critères d'au moins un épisode maniaque et les épisodes maniaques ou dépressifs non expliqués par un autre trouble*

- Trouble bipolaire de type II

- *Critères d'un épisode hypomaniaque actuel ou passé + critères d'un épisode dépressif caractérisé actuel ou passé sans jamais un épisode maniaque non expliqués par un autre trouble*

- Trouble cyclothymique

- *Pendant au moins 2 ans (1an enfant et ado) présence de nombreuses périodes pendant lesquelles symptômes hypomaniaques sans que soient réunis les critères d'un épisode hypomaniaque et de nombreuses périodes pendant lesquelles symptômes dépressifs sans que soient réunis les critères d'un épisode dépressif caractérisé*
 - *Pas plus de 2 mois consécutifs sans symptômes*

Concepts

- Troubles bipolaires : Dépression & Manie oscillatoires / mixtes
 - *Syndrome maniaque*

Humeur	Expansive, exaltée : euphorie, irritabilité, causticité Labilité émotionnelle, idées et sentiments de grandeur, optimisme Dépenses inconsidérées (prodigalité), ludisme, humour Lever censures morales
Psychomotricité	Agitation psychomotrice, logorrhée (graphorrhée) avec coq-à-l'âne, associations par assonances, calembours, causticité, jeu de mots, raucité, chants ; Hyperactivité (non productive et sans fatigue), va-et-vient, danse, rixe Hypermimie, excentricité, hyper synchronie,
Signes somatiques	Hypersexualité, insomnie bien tolérée, légère ↑ _{TOP} GB, FC, TA, métabolisme, négligence alimentation,

Troubles bipolaires et apparentés

- Trouble bipolaire de type I
- Trouble bipolaire de type II
- Trouble cyclothymique
- Trouble bipolaire ou apparenté induit par une substance/un médicament
- Trouble bipolaire ou apparenté dû à une autre affection médicale
- Autre trouble bipolaire ou apparenté spécifié
- Trouble bipolaire ou apparenté non spécifié

Gestion des troubles bipolaires et apparentés : Médicament

- Dépression : indication réservée au spécialiste en cas de bipolarité
 - *Tricycliques : Amitriptiline, Tofranil, Anafranil*
 - *IMAO*
 - *IRSNA : Vinlaflaxine Effexor*
 - *iSRS : Fluoxetine, Citalopram*
 - Place des neuroleptiques, anxiolytiques et hypnotiques ?
 - Adjuvants ?
 - Autres ?
- Manie : stabilisateurs (+/- Neuroleptiques ?)

Gestion des troubles bipolaires ou apparentés

- Psychothérapies :
- Épisode dépressif
- Relation d'aide : évaluation du risque suicidaire, prêter l'appareil psychique :
 - *Stimulation et compréhension (Vs forçage et banalisation)/ présence qui n'impose et ne s'impose, ouvrir à autre chose qu'à la contemplation de sa souffrance*
 - *Neuroplasticité : paroles créatrices ou soins*
- Épisode maniaque
- Relation d'aide : contenir, mettre les limites, protéger
 - *Guérir ?*



Troubles liés à des traumatismes ou à des facteurs de stress

Coopera

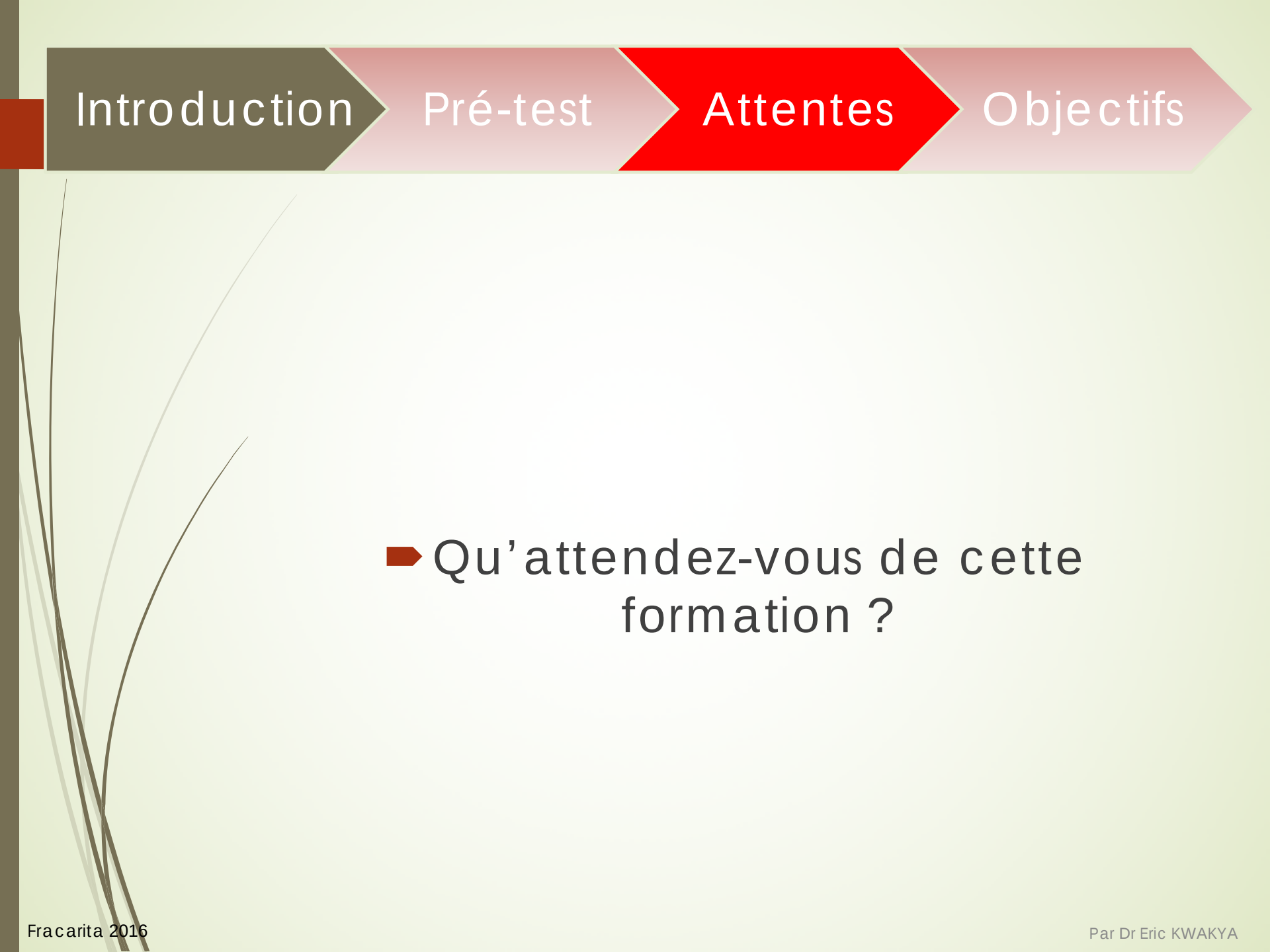
Lwiro 2021

Par Dr Eric KWAKYA

aderickwakya@gmail.com

- Pour mieux nous connaître, familiariser

- Donnez au moins 8 signes du PTSD ;
- Etablissez la différence, si elle existe, entre traumatisme et stress ;
- Expliquer les mécanismes en cause dans la survenue du PTSD ;
- Citer 5 facteurs étiologiques du PTSD ;
- Que faire face à un patient présentant un PTSD ?



Introduction

Pré-test

Attentes

Objectifs

- Qu'attendez-vous de cette formation ?

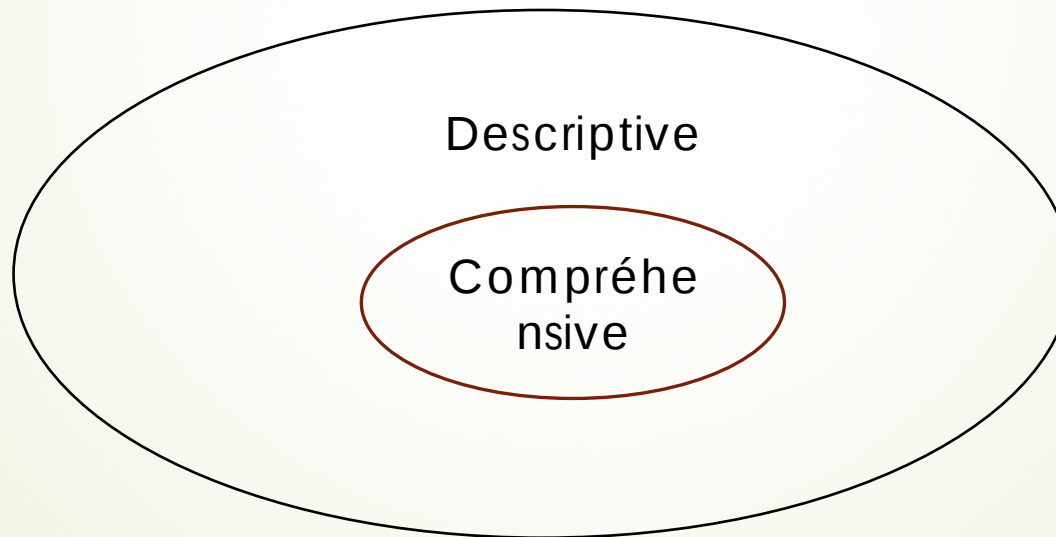
- Rencontrer l'intérêt :
 - Confrontés à une nouvelle clinique du trauma et stress (ovni ?) ;
 - Dérangés par le social (guerre, viol, précarité)
 - Non habitués aux classiques psychiatriques ;
- Comprendre et expliquer la psychopathologie des troubles liés à des traumatismes et à des facteurs de stress ;
- Ne pas tout mélanger, lever la confusion (PTSD ?) ;
- Mettre en place des dispositifs pensés et adaptés.

- De Briquet à Ferenczi, en passant par Charcot, Oppenheim, Janet et Freud dans leur étude sur l'hystérie et la névrose de guerre, le modèle du traumatisme a été exploité dans la compréhension et l'explication étiopathogénique.

- exposés théoriques
- vignettes cliniques
- Discussions
- Matériels :
 - Projection PowerPoint (ordi, LCD, écran)
 - Flip shirt + Marqueurs + Stylos
 - Carnets, papiers duplicateurs

- Introduction
- Concepts de traumatisme & stress
 - Niveau compréhensif
 - Niveau descriptif
- Quel dispositif psychosocial ?

- Peut-on définir le traumatisme ?
 - Mouvante, complexe
 - 2 niveaux de compréhension :



- Le mot traumatisme est issu du mot grec **τραυμα** qui signifie « action de blesser » et « blessure ».
- Transposé à la psychopathologie, le mot a conservé une signification et une connotation similaires.
- Le traumatisme psychique est la conséquence d'un choc exercé par un agent extérieur qui provoque au sein du psychisme des modifications d'ordre psychopathologique.
- Le trauma concerne l'événement bouleversant auquel un sujet est soumis, le traumatisme désigne les conséquences psychiques et physiques du trauma.

- Le psychotraumatisme est une entité polysémique se rapportant
 - aussi bien à une organisation pathologique
 - qu'à son mécanisme étiopathogénique.

PTSD (ESPT)

Psychopathologie

Définition

Normal &
Pathologique

- Psychopathologie des troubles liés à des traumatismes ou à des facteurs de stress :
Quid?

- Dans le domaine particulier de la santé mentale, le débat tourne autour
 - de la clinique spécifique ou pas du psycho-traumatisme, jusqu'à sa réalité ou facticité d'une part,
 - et d'autre part autour de son statut étiopathogénique discuté entre la part du subjectif (prédisposition, vulnérabilité, mécanisme de défense) et le poids de l'événement faisant effraction et intrusion dans le psychisme.

- Question du psychotraumatisme comme entité polysémique se rapportant :
 - aussi bien à une organisation pathologique :
 - plasticité symptomatique (PTSD, trouble dissociatif, trouble de conduite alimentaire, trouble de personnalité, trouble sexuel, trouble bipolaire, trouble dépressif, trouble anxieux, trouble de conversion, trouble somatoforme, ...) ?
 - état transdiagnostique, coloré par la structure ?
 - qu'à son mécanisme étiopathogénique
 - (dissociation, attachement, refoulement, trouble identitaire narcissique, ...)
 - adaptation, réaction au stimulus

- Traumatisme comme mécanisme étiopathogénique
- Question de potentialité traumatogène et de la nature du trauma :
- Qu'est-ce qui fait trauma (souffrance) ?
 - Événement ? Lequel ? Le poids de l'événement ?
 - Individu ? Qui ? La part du subjectif (vulnérabilité) ?
 - Clinique ?
- Quelle forme prend cette souffrance ?

- Question de potentialité traumatogène :
 - Rencontre entre événement, individu et environnement/conte
- Question de la nature du trauma, classification et évaluation par le sujet :
 - Unique, transitoire Vs répété, prolongé
 - Récent Vs ancien (chronique)
 - Trauma-événement Vs Situations à caractère traumatisant vers de simples situations à risque (sommation d'événements mineurs, microtraumatismes)
 - Notion d'épreuve traumatique au sens large : microtraumatismes, stress cumulés de la vie ordinaire
 - Circonscription aux épreuves confrontant au « réel de la mort »
 - Interne – par proche – humain Vs externe – par étranger – nature

- Question de la réaction : stress et adaptation
 - Modèle linéaire et médiationnel
 - Notion de structure qui colorerait le traumatisme
- Question de l'intrusion et espace(s) psychique(s):
 - Individuel ou collectif
 - Du lien
- Question de clinique simple et complexe. Quelle forme prend cette souffrance ?

- Trauma- and Stressor-Related Disorders (Troubles liés à des traumatismes ou à des facteurs de stress)
- Quelle forme prend cette souffrance ?
- Initialement classé dans les troubles anxieux, ces troubles migrent donc vers une nouvelle catégorie dans DSM-5 :
 - Trouble réactionnel de l'attachement,
 - Désinhibition du contact social
 - trouble stress post-traumatique
 - Trouble stress aigu
 - le trouble de l'adaptation,
 - autres troubles liés à des traumatismes ou à des facteurs de stress spécifiés
 - et troubles liés à des traumatismes ou à des facteurs de stress non spécifiés.

- Psychopathologie clinique : Quelle forme prend cette souffrance ?
- L'inscription des troubles liés à des traumatismes ou à des facteurs de stress dans la nosographie n'a pas été facile.
- Identification des symptômes pour faire distinctions nosographiques, DSM
- Utilisation pragmatique.

PTSD (ESPT)

Niveau
descriptif

Nosographie

Spécificité
syndromique

- Référence DSM-5
- « Elle franchit un cap décisif en créant un chapitre distinct pour les troubles liés à des traumatismes ou à des facteurs de stress (« Trauma and Stress-Related Disorders »).
- L'association américaine octroie aux syndromes psychotraumatiques toute l'attention qu'ils méritent et reconnaît la diversité des formes cliniques prises par la souffrance humaine à la suite d'une expérience délétère ».

PTSD (ESPT)

Niveau
descriptif

Nosographie

Spécificité
syndromique

- Psychopathologie clinique:
- Elle exige que soit démontrée leur spécificité symptomatique et syndromique ; c'est-à-dire le recensement des principaux signes cliniques et leur ordonnancement en un ensemble cohérent et stable qui leur confère toute leur valeur sémiologique.
- Pendant qu'une sorte de consensus semblait se trouver autour d'une spécificité nosographique de troubles liés au traumatisme,
- des voix se sont élevées pour souligner la place de devant de la scène que prenaient, parfois sinon souvent, les symptômes dits non spécifiques.
- D'où les remaniements faits dans la nouvelle édition du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM)

- Cependant
- DSM insuffisant pour décrire les troubles que présente la majorité de patients, troubles bien mieux décrits à la rubrique de la personnalité borderline, laquelle ne fait pas ou peu référence à des événements traumatiques
- Une grande majorité des patients présente, associés ou non à un TSPT, des troubles dissociatifs au sens de Janet tel que les décrit le DSM, sans là encore mettre cette entité en relation avec les événements traumatiques

- D'où la préférence de la nosologie française de parler du syndrome psychotraumatique
- qui « recouvre en fait la vaste gamme –un panorama- de tous les états pathologiques,
 - immédiats, post-immédiats ou différés,
 - éphémères, transitoires ou durables (voire chronicisés)
 - pauci ou pluri symptomatiques, modérés ou sévères,
 - psychologiquement bien tolérés ou très perturbants, peu incapacitants ou socialement invalidants,
- qui sont causés par un traumatisme psychique »

PTSD (ESPT)

Niveau
descriptif

Nosographie

Spécificité
syndromique

- Qu'est-ce qui fait trauma (souffrance) ?
 - Rencontre entre événement, individu et environnement
- Quelle forme prend cette souffrance ?
 - Entité à part (DSM mais insuffisant) et multiforme
 - Noyau : événement + syndromes répétition, évitement et neurovégétatif
- Qu'est-ce qui fait soin ?

Approche compréhensive

- La tendance actuelle est centriste : synthèse et justification du syndrome psychotraumatique par la rencontre entre l'événement, le sujet et le contexte.
- Des adeptes de positions polaires entre ces facteurs ont abouti à des résultats différents comme l'étaient leurs points de départ. Et des polémiques en sont nées, voire de la confusion comme celle entre
- Freud mettant l'accent sur le facteur fantasmatique, c'est-à-dire interne et lié au sujet
- et Ferenczi qui donnait de la valeur à l'événement externe.

PTSD (ESPT)

Niveau
descriptif

Nosographie

Spécificité
syndromique

- Qu'est-ce qui fait trauma (souffrance) ?
- Quelle forme prend cette souffrance ?
 - Noyau : événement + syndromes répétition, évitement et neurovégétatif

- Trauma- and Stressor-Related Disorders (Troubles liés à des traumatismes ou à des facteurs de stress)
- Quelle forme prend cette souffrance ?
- Initialement classé dans les troubles anxieux, ces troubles migrent donc vers une nouvelle catégorie dans DSM-5 :
 - Trouble réactionnel de l'attachement,
 - Désinhibition du contact social
 - trouble stress post-traumatique
 - Trouble stress aigu
 - le trouble de l'adaptation,
 - autres troubles liés à des traumatismes ou à des facteurs de stress spécifiés
 - et troubles liés à des traumatismes ou à des facteurs de stress non spécifiés.

- A. Mode relationnel durable vis-à-vis des adultes qui prennent soin de l'enfant, caractérisé par un comportement inhibé et un retrait émotionnel, comme en témoignent les deux éléments suivants :
 - (1) l'enfant cherche rarement ou imperceptiblement le réconfort quand il est en détresse
 - (2) l'enfant répond rarement ou imperceptiblement au réconfort quand il est en détresse
- B. Perturbation sociale et émotionnelle persistante caractérisée par au moins deux des éléments suivants :
 - Diminution de la réactivité sociale et émotionnelle à autrui
 - Affects positifs restreints
 - Épisodes inexplicables d'irritabilité, de tristesse ou de craintes qui sont évidents même lors d'interactions non menaçantes avec des adultes qui prennent soin de l'enfant

- C.L'enfant a vécu des formes extrêmes d'insuffisance de soins comme en témoigne au moins un des éléments suivants :
 - Négligence ou privation sociale caractérisée par une carence chronique des besoins émotionnels élémentaires le réconfort, la stimulation et l'affection de la part des adultes prenant soin de l'enfant
 - Changements répétés des personnes qui s'occupent principalement de l'enfant, ce qui limite les possibilités d'établir un attachement stable (p.ex.changements fréquents de familles d'accueil)
 - Éducation dans des conditions inhabituelles qui imitent sévèrement les possibilités d'établir des attachements sélectifs (p.ex.institutions comprenant un nombre élevé d'enfants par rapport au nombre d'adultes)

- D. Le manque de soins décrit dans le critère C est considéré comme étant à l'origine des comportements perturbés décrits dans le critère A (p.ex. les perturbations du critère A ont débuté après le manque de soins adéquats décrits dans le critère C)
- E. Les critères ne répondent pas à un trouble du spectre de l'autisme
- F. Le trouble est évident avant l'âge de 5 ans
- G. L'âge de développement de l'enfant est d'au moins 9 mois.
- *Spécifier si :*
 - Chronique : le trouble est présent depuis plus de 12 mois
- *Spécifier la sévérité actuelle :*
 - le trouble réactionnel de l'attachement est spécifié comme grave quand l'enfant présente tous les symptômes du trouble, chaque symptôme s'exprimant à des niveaux relativement élevés.

- Peut-on traiter :
 - Mettre en place un dispositif permettant la mise en place d'un attachement sécure (*care giver*)
 - Proximité, attention, présence rythmée, tendresse, sécurité, protection, acceptation, sensibilité, compréhension profonde, soins, ...
 - Figure maternelle principale
 - Nécessité d'un temps plus long que pour un attachement normal (redressement d'un arbre sec)

- Trauma- and Stressor-Related Disorders (Troubles liés à des traumatismes ou à des facteurs de stress)
- Quelle forme prend cette souffrance ?
- Initialement classé dans les troubles anxieux, ces troubles migrent donc vers une nouvelle catégorie dans DSM-5 :
 - Trouble réactionnel de l'attachement,
 - Désinhibition du contact social
 - trouble stress post-traumatique
 - Trouble stress aigu
 - le trouble de l'adaptation,
 - autres troubles liés à des traumatismes ou à des facteurs de stress spécifiés
 - et troubles liés à des traumatismes ou à des facteurs de stress non spécifiés.

- Désinhibition du contact social
- A. Mode relationnel avec lequel l'enfant s'approche activement et interagit avec des adultes inconnus et présente au moins deux des éléments suivants :
 - Réticence réduite ou absence de réticence dans l'approche ou l'interaction avec des adultes peu familiers
 - Comportement verbal ou physique excessivement familier (pas en accord avec les limites sociales culturellement admises ou avec l'âge)
 - Ne demande pas ou guère l'accord d'un adulte qui prend soin de lui avant de s'aventurer au loin, même dans des lieux inconnus
 - Accepte de partir avec un adulte peu familier avec un minimum d'hésitation ou sans aucune hésitation

- Désinhibition du contact social
- B. Les comportements du critère A ne se limitent pas à une impulsion (comme dans le TDAH) mais incluent un comportement socialement désinhibé.
- C. L'enfant a vécu des formes extrêmes de carence de soins comme en témoigne au moins un des éléments suivants :
 - Négligence sociale ou privation dans le sens d'une carence chronique des besoins émotionnels élémentaires concernant le réconfort, la stimulation et l'affection de la part des adultes prenant soin de l'enfant
 - Changements répétés des personnes qui s'occupent principalement de l'enfant, ce qui limite les possibilités d'établir un attachement stable (p.ex. changements fréquents de familles d'accueil)
 - Éducation dans des conditions inhabituelles qui imitent sévèrement les possibilités d'établir des attachements sélectifs (p.ex. institutions comprenant un nombre élevé d'enfants par rapport au nombre d'adultes)

- Désinhibition du contact social
- D. Le manque de soins décrit dans le critère C est considéré comme étant à l'origine des comportements perturbés décrits dans le critère A (p.ex. les perturbations du critère A ont débuté après le mode de soins pathogène décrit dans le critère C)
- E. L'âge de développement de l'enfant est d'au moins 9 mois.
- *Spécifier si :*
 - Chronique : le trouble est présent depuis plus de 12 mois
- *Spécifier la sévérité actuelle :*
 - La désinhibition du contact social est spécifiée comme grave quand l'enfant présente tous les symptômes du trouble chaque symptôme s'exprimant à des niveaux relativement élevés.

- Trauma- and Stressor-Related Disorders (Troubles liés à des traumatismes ou à des facteurs de stress)
- Quelle forme prend cette souffrance ?
- Initialement classé dans les troubles anxieux, ces troubles migrent donc vers une nouvelle catégorie dans DSM-5 :
 - Trouble réactionnel de l'attachement,
 - Désinhibition du contact social
 - trouble stress post-traumatique
 - Trouble stress aigu
 - le trouble de l'adaptation,
 - autres troubles liés à des traumatismes ou à des facteurs de stress spécifiés
 - et troubles liés à des traumatismes ou à des facteurs de stress non spécifiés.

- Trouble stress post-traumatique
- N.B. : les critères suivants s'appliquent aux adultes, aux adolescents et aux enfants âgés de plus de 6 ans. Pour les enfants de 6 ans ou moins, c.f les critères correspondants plus loin.
- A. Exposition à la mort effective ou à une menace de mort, à une blessure grave ou à des violences sexuelles d'une (ou de plusieurs) des façons suivantes :
 - En étant directement exposé à un ou à plusieurs événements traumatiques
 - En étant témoin d'un ou à plusieurs événements traumatiques survenus à d'autres personnes, en particulier des adultes proches qui prennent soin de l'enfant
 - En apprenant qu'un ou plusieurs événements traumatiques est/sont arrivés à un membre de la famille proche ou à un ami proche. N. B. : Dans les cas de mort effective ou de menace de mort d'un membre de la famille ou d'un ami, le ou les événements doivent avoir été violents ou accidentels.

- Trouble stress post-traumatique
- N.B. : les critères suivants s'appliquent aux adultes, aux adolescents et aux enfants âgés de plus de 6 ans. Pour les enfants de 6 ans ou moins, c.f les critères correspondants plus loin.
- A. Exposition à la mort effective ou à une menace de mort, à une blessure grave où a des violences sexuelles d'une (ou de plusieurs) des façons suivantes :
 - En étant exposé de manière répétée ou extrême aux caractéristiques aversives du ou des événements traumatiques (p.ex.intervenants de première ligne rassemblant des restes humains , policiers exposés à plusieurs reprises à des faits explicites d'abus sexuels d'enfants). N.B. : Les critères A4 ne s'applique pas à des expositions par l'intermédiaire de médias électroniques, télévision, films ou images, sauf quand elles surviennent dans le contexte d'une activité professionnelle.

- Trouble stress post-traumatique
- B.Présence d'un (ou de plusieurs) des symptômes envahissants suivants associés à un ou plusieurs événements traumatiques ayant débuté après la survenue du ou des événements traumatiques en cause :
 - Souvenirs répétitifs, involontaires et envahissants du ou des événements traumatiques provoquant un sentiment de détresse. N.B. : Chez les enfants de plus de 6 ans, on peut observer un jeu répétitif exprimant des thèmes ou des aspects du traumatisme.
 - Rêves répétitifs provoquant un sentiment de détresse, dans lesquels le contenu et/ou l'affect du rêve sont liés à l'événement/aux événements traumatiques. N.B. : Chez les enfants, il peut y avoir des rêves effrayants sans contenu reconnaissable.
 - Réactions dissociatives (p.ex.flashback [scènes rétrospectives])au cours desquelles le sujet se sent ou agit comme si le ou les événements traumatiques allaient se reproduire. (De telles réactions peuvent survenir sur un continuum, l'expression la plus extrême étant une abolition complète de la conscience de l'environnement) N.B. : Chez les enfants

- Trouble stress post-traumatique
- B.Présence d'un (ou de plusieurs) des symptômes envahissants suivants associés à un ou plusieurs événements traumatiques ayant débuté après la survenue du ou des événements traumatiques en cause :
 - sentiment intense ou prolongé de détresse psychique lors de l'exposition à des indices internes ou externes évoquants ou ressemblant à un aspect du ou des événements traumatiques en cause.
 - Réactions physiologiques marquées lors de l'exposition à des indices internes ou externes pouvant évoquer ou ressembler à un aspect du ou des événements traumatiques.

- Trouble stress post-traumatique
- C. Evitement persistant des stimuli associés à un ou plusieurs événements traumatiques, débutant après la survenue du ou des événements traumatiques, comme en témoigne la présence de l'une ou des deux manifestations suivantes :
 - Evitement ou effort pour éviter les souvenirs, pensées ou sentiments concernant ou étroitement associés à un ou plusieurs événements traumatiques et provoquant un sentiment de détresse.
 - Evitement ou effort pour éviter les rappels externes (personnes, endroits, conversations, activités, objets, situations) qui réveillent des souvenirs, des pensées ou des sentiments associés à un ou plusieurs événements traumatiques et provoquant un sentiment de détresse.

- Trouble stress post-traumatique
- D. Altérations négatives des cognitions et de l'humeur associées à un ou à plusieurs événements traumatiques, débutant ou s'aggravant après la survenue du ou des événements traumatiques, comme en témoignent deux (ou plus) des éléments suivants :
 - Incapacité de se rappeler un aspect important du ou des événements traumatiques (typiquement en raison de l'amnésie dissociative et non pas à cause d'autres facteurs comme un traumatisme crânien, l'alcool ou des drogues)
 - Croyances ou attentes négatives persistantes et exagérées concernant soi-même, d'autres personnes ou le monde (p.ex. « je suis mauvais », « on ne peut faire confiance à personne », « le monde entier est dangereux », « mon système nerveux est complètement détruit pour toujours »).
 - Distorsions cognitives persistantes à propos de la cause ou des conséquences d'un ou de plusieurs événements traumatiques qui poussent le sujet à se blâmer ou à blâmer d'autres personnes.

- Trouble stress post-traumatique
- D. Altérations négatives des cognitions et de l'humeur associées à un ou à plusieurs événements traumatiques, débutant ou s'aggravant après la survenue du ou des événements traumatiques, comme en témoignent deux (ou plus) des éléments suivants :
 - Etat émotionnel négatif persistant (p.ex. crainte, horreur, colère, culpabilité ou honte)
 - Réduction nette de l'intérêt pour des activités importantes ou bien réduction de la participation à ces mêmes activités.
 - Sentiment de détachement d'autrui ou bien de devenir étranger par rapport aux autres.
 - Incapacité persistante d'éprouver des émotions positives (p.ex. incapacité d'éprouver bonheur, satisfaction ou sentiments affectueux).

- Trouble stress post-traumatique
- E. Altérations marquées de l'éveil et de la réactivité associées à un ou plusieurs événements traumatiques, débutant ou s'aggravant après la survenue du ou des événements traumatiques, comme en témoignent deux (ou plus) des éléments suivants :
 - Comportement irritable ou accès de colère (avec peu ou pas de provocation) qui s'exprime typiquement par une agressivité verbale ou physique envers des personnes ou des objets.
 - Comportement irréfléchi ou autodestructeur
 - Hypervigilance
 - Réaction de sursaut exagérée
 - Problèmes de concentration
 - Perturbation du sommeil (p.ex. difficulté d'endormissement ou sommeil interrompu ou agité).

- Trouble stress post-traumatique
- F.La perturbation (symptômes des critères B, C, et E) dure plus d'un mois
- G.La perturbation entraîne une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.
- H.La perturbation n'est pas imputable aux effets physiologiques d'une substance (p.ex.médicament,alcool) ou une autre affection médicale.
- *Spécifier le type :*
- Avec symptômes dissociatifs : Les symptômes présentés par le sujet répondent aux critères d'un trouble stress post-traumatique de plus et en réponse au facteur de stress, le sujet éprouve l'un ou l'autre des symptômes persistants ou récurrents suivants :

- Trouble stress post-traumatique
- *Spécifier le type :*
- Avec symptômes dissociatifs : et en réponse au facteur de stress, le sujet éprouve l'un ou l'autre des symptômes persistants ou récurrents suivants :
 - Dépersonnalisation : Expériences persistantes ou récurrentes de se sentir détaché de soi, comme si l'on était un observateur extérieur de ses processus mentaux ou de son corps (p.ex. sentiment d'être dans un rêve, sentiment de déréalisation de soi ou de son corps ou sentiment d'un ralentissement temporel).
 - Déréalisation : Expériences persistantes ou récurrentes d'un sentiment d'irréalité de l'environnement (p.ex. le monde autour du sujet est vécu comme irréel, onirique, éloigné ou déformé). N.B. : pour retenir ce sous-type, les symptômes dissociatifs ne doivent pas être imputables aux effets physiologiques d'une substance (p.ex. période d'amnésie [blackouts], manifestations comportementales d'une intoxication alcoolique aiguë) ou une autre affection médicale (p.ex. épilepsie partielle complexe).

- Trouble stress post-traumatique
- *Spécifier le type :*
- Avec symptômes dissociatifs : Les symptômes présentés par le sujet répondent aux critères d'un trouble stress post-traumatique ; de plus ; et en réponse au facteur de stress, le sujet éprouve l'un ou l'autre des symptômes persistants ou récurrents suivants
 - Déréalisation : Expériences persistantes ou récurrentes d'un sentiment d'irréalité de l'environnement (p.ex.le monde autour du sujet est vécu comme irréel, onirique, éloigné ou déformé).
- *Spécifier le type :*
 - À expression retardée : si l'ensemble des critères diagnostiques n'est présent que 6 mois après l'événement (alors que le début et l'expression de quelques symptômes peuvent être immédiats).

- PTSD selon DSM-5 distingue tableau adulte et enfant < 6 ans
- A = événements susceptibles d'entraîner un PTSD
- B = symptôme(s) (≥ 1) intrusifs
- C = Symptômes d'évitement des stimuli ou troubles cognitifs et humeur négative
- D = Perturbation de la réactivité et vigilance
- E = Durée > 1 mois
- F = symptômes significatifs perturbant les relations avec les parents, ..., pairs ou autres personnes prenant soins ou comportement scolaire
- G = Non expliqué par autre conditions pathologique

- Trouble stress post-traumatique de l'enfant de 6 ans ou moins
- A. Chez l'enfant de 6 ans ou moins, exposition à la mort effective ou à une menace de mort, à une blessure grave ou à des violences sexuelles d'une (ou de plusieurs) des façons suivantes :
 - En étant directement exposé à un ou à plusieurs événements traumatiques
 - En étant témoin d'un ou à plusieurs événements traumatiques survenus à d'autres personnes, en particulier des adultes proches qui prennent soin de l'enfant. N.B. : Être témoin direct n'inclut pas les événements dont l'enfant a été témoin seulement par les médias électroniques, la télévision, des films ou des images.
 - En apprenant qu'un ou plusieurs événements traumatiques sont arrivés à un parent ou à une personne prenant soin de l'enfant

- Trouble stress post-traumatique de l'enfant de 6 ans ou moins
- B.Présence d'un (ou de plusieurs) des symptômes envahissants associés à un ou plusieurs événements traumatiques ayant débuté après la survenue du ou des événements traumatiques en cause :
 - Souvenirs répétitifs, involontaires et envahissants du ou des événements traumatiques provoquant un sentiment de détresse. N.B. : Les souvenirs spontanés et envahissants ne laissent pas nécessairement apparaître la détresse et peuvent s'exprimer par le biais de reconstitutions dans le jeu.
 - Rêves répétitifs provoquant un sentiment de détresse, dans lesquels le contenu et/ou l'affect du rêve sont liés à l'événement/aux événements traumatiques. N.B. : Il peut être impossible de vérifier que le contenu effrayant est lié à l'événement/aux événements traumatiques.
 - Réactions dissociatives (p.ex.flashback [scènes rétrospectives])au cours desquelles l'enfant se sent ou agit comme si le ou les événements traumatiques allaient se reproduire. (De telles réactions peuvent survenir

- Trouble stress post-traumatique de l'enfant de 6 ans ou moins
- B.Présence d'un (ou de plusieurs) des symptômes envahissants associés à un ou plusieurs événements traumatiques ayant débuté après la survenue du ou des événements traumatiques en cause :
 - sentiment intense ou prolongé de détresse psychique lors de l'exposition à des indices internes ou externes évoquants ou ressemblant à un aspect du ou des événements traumatiques en cause.
 - Réactions physiologiques marquées lors de l'exposition à des indices rappelant le ou les événements traumatiques.

- Trouble stress post-traumatique de l'enfant de 6 ans ou moins
- C.un (ou de plusieurs) des symptômes suivants, représentant soit un évitement persistant de stimuli associés à l'événement/aux événements traumatiques, soit des altérations des cognitions et de l'humeur associées à l'événement/aux événements traumatiques, doivent être présent et débuter après le ou les événements ou s'aggraver après le ou les événements traumatiques :
- Évitement persistant de stimuli
 - Evitement ou effort pour éviter des activités, des endroits ou des indices physiques qui réveillent les souvenirs du ou des événements traumatiques.
 - Evitement ou effort pour éviter les personnes, les conversations où les situations interpersonnelles qui réveillent les souvenirs du ou des événements traumatiques.

- Trouble stress post-traumatique de l'enfant de 6 ans ou moins
- C.un (ou de plusieurs) des symptômes suivants, représentant soit un évitement persistant de stimuli associés à l'événement/aux événements traumatiques, soit des altérations des cognitions et de l'humeur associées à l'événement/aux événements traumatiques, doivent être présent et débuter après le ou les événements ou s'aggraver après le ou les événements traumatiques :
- Altérations négatives des cognitions
 - Augmentation nette de la fréquence des états émotionnels négatifs (p.ex.crainte, culpabilité, tristesse, honte, confusion).
 - Réduction nette de l'intérêt pour des activités importantes ou bien réduction de la participation à ces activités, y compris le jeu.
 - Comportement traduisant un retrait social
 - Réduction persistante de l'expression des émotions positives

- Trouble stress post-traumatique de l'enfant de 6 ans ou moins
- D.Changements marqués de l'éveil et de la réactivité associés à l'événement/aux événements traumatiques, débutant ou s'aggravant après la survenue du ou des événements traumatiques, comme en témoignent deux (ou plusieurs) des manifestations suivantes :
 - Comportement irritable ou accès de colère (avec peu ou pas de provocation) qui s'exprime typiquement par une agressivité verbale ou physique envers des personnes ou des objets (y compris par des crises extrêmes de colère).
 - Hypervigilance
 - Réaction de sursaut exagérée
 - Difficultés de concentration
 - Perturbation du sommeil (p.ex.difficulté d'endormissement ou sommeil interrompu ou agité).

- Trouble stress post-traumatique de l'enfant de 6 ans ou moins
- E.La perturbation dure plus d'un mois
- F.La perturbation entraîné une souffrance cliniquement significative ou une altération des relations avec les parents, la fratrie, les pairs, d'autres aidants ou une altération du comportement scolaire.
- G.La perturbation n'est pas imputable aux effets physiologiques d'une substance (p.ex.médicament,alcool) ou une autre affection médicale.
- *Spécifier le type :*
- Avec symptômes dissociatifs : Les symptômes présentés par le sujet répondent aux critères d'un trouble stress post-traumatique ; de plus ; et en réponse au facteur de stress, le sujet éprouve l'un ou l'autre des symptômes persistants ou

- Trouble stress post-traumatique de l'enfant de 6 ans ou moins
- *Spécifier le type :*
- Avec symptômes dissociatifs : Les symptômes présentés par le sujet répondent aux critères d'un trouble stress post-traumatique ; de plus ; et en réponse au facteur de stress, le sujet éprouve l'un ou l'autre des symptômes persistants ou récurrents suivants :
 - Dépersonnalisation : Expériences persistantes ou récurrentes de se sentir détaché de soi, comme si l'on était un observateur extérieur de ses processus mentaux ou de son corps (p.ex. sentiment d'être dans un rêve, sentiment de déréalisation de soi ou de son corps ou sentiment d'un ralentissement temporel).
 - Déréalisation : Expériences persistantes ou récurrentes d'un sentiment d'irréalité de l'environnement (p.ex. le monde autour du sujet est vécu comme irréel, onirique, éloigné ou déformé). N.B. : pour retenir ce sous-type, les symptômes dissociatifs ne doivent pas être imputables aux effets

- Trouble stress post-traumatique de l'enfant de 6 ans ou moins
- *Spécifier le type :*
- Avec symptômes dissociatifs : Les symptômes présentés par le sujet répondent aux critères d'un trouble stress post-traumatique ; de plus ; et en réponse au facteur de stress, le sujet éprouve l'un ou l'autre des symptômes persistants ou récurrents suivants
 - Déréalisation : Expériences persistantes ou récurrentes d'un sentiment d'irréalité de l'environnement (p.ex.le monde autour du sujet est vécu comme irréel, onirique, éloigné ou déformé).
- *Spécifier le type :*
 - À expression retardée : si l'ensemble des critères diagnostiques n'est présent que 6 mois après l'événement (alors que le début et l'expression de quelques symptômes peuvent être immédiats).

- Trauma- and Stressor-Related Disorders (Troubles liés à des traumatismes ou à des facteurs de stress)
- Quelle forme prend cette souffrance ?
- Initialement classé dans les troubles anxieux, ces troubles migrent donc vers une nouvelle catégorie dans DSM-5 :
 - Trouble réactionnel de l'attachement,
 - Désinhibition du contact social
 - trouble stress post-traumatique
 - Trouble stress aigu
 - le trouble de l'adaptation,
 - autres troubles liés à des traumatismes ou à des facteurs de stress spécifiés
 - et troubles liés à des traumatismes ou à des facteurs de stress non spécifiés.

➤ Qu'est-ce qui fait soin ?

➤ Prévention : tuteurs de résilience (care) :

- Soutien affectif (sollicitude modèle deuil, solidarité, empathie, partage des émotions, reconnaissance, adresse auditive, présence, ...) Vs rejet, exclusion
- Offre du sens (mise des mots sur la souffrance et reconnaissance de la victimité, prêter l'appareil psychique, mentalisation) [Voir Boris Cyrulnick]

➤ Cure :

- Antidépresseurs : inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS) + ou – Tranquillisants et traitement somatique, thérapie à médiation corporelle (relaxation
- ↑ tuteurs de résilience

PTSD (ESPT)

Niveau
descriptif

Nosographie

Spécificité
syndromique

- Qu'est-ce qui fait soin ?
 - Prévention : tuteurs de résilience (care) :
 - Cure :
 - Rétablissement :
 - Métamorphose
 - Poursuite du développement
 - Réinsertion sociale

- Trauma- and Stressor-Related Disorders (Troubles liés à des traumatismes ou à des facteurs de stress)
- Quelle forme prend cette souffrance ?
- Initialement classé dans les troubles anxieux, ces troubles migrent donc vers une nouvelle catégorie dans DSM-5 :
 - Trouble réactionnel de l'attachement,
 - Désinhibition du contact social
 - trouble stress post-traumatique
 - Trouble stress aigu
 - le trouble de l'adaptation,
 - autres troubles liés à des traumatismes ou à des facteurs de stress spécifiés
 - et troubles liés à des traumatismes ou à des facteurs de stress non spécifiés.

- A. Exposition à la mort effective ou à une menace de mort, à une blessure grave ou à des violences sexuelles d'une (ou de plus) des façons suivantes :
 - En étant directement exposé à un ou plusieurs événements traumatiques.
 - En étant témoin d'un ou à plusieurs événements traumatiques survenus à d'autres personnes, en particulier des adultes proches qui prennent soin de l'enfant
 - En apprenant qu'un ou plusieurs événements traumatiques est/sont arrivés à un membre de la famille proche ou à un ami proche. N. B. : Dans les cas de mort effective ou de menace de mort d'un membre de la famille ou d'un ami, le ou les événements doivent avoir été violents ou accidentels.
 - En étant exposé de manière répétée ou extrême aux caractéristiques aversives du ou des événements traumatiques (p.ex.intervenant de première ligne rassemblant des restes humains , policiers exposés à plusieurs reprises à des faits explicites d'abus sexuels d'enfants). N.B. : Les critères A4 ne s'applique pas à des expositions par l'intermédiaire de médias électroniques, télévision, films ou images, sauf quand elles surviennent dans le contexte d'une activité professionnelle.

- B.Présence de neuf (ou plus) des symptômes suivants de n'importe laquelle des cinq catégories suivantes : symptômes envahissants, humeur négative, symptômes dissociatifs, symptômes d'évitement et symptômes d'éveil, débutant ou s'aggravant après la survenue du ou des événements traumatiques en cause :
- Symptômes envahissants
 - Souvenirs répétitifs, involontaires et envahissants du ou des événements traumatiques provoquant un sentiment de détresse. N.B. : Chez les enfants de plus de 6 ans, on peut observer un jeu répétitif exprimant des thèmes ou des aspects du traumatisme.
 - Rêves répétitifs provoquant un sentiment de détresse, dans lesquels le contenu et/ou l'affect du rêve sont liés à l'événement/aux événements traumatiques. N.B. : Chez les enfants, il peut y avoir des rêves effrayants sans contenu reconnaissable.
 - Réactions dissociatives (p.ex.flashback [scenes rétrospectives])au cours desquelles l'individu se sent ou agit comme si le ou les événements traumatiques allaient se reproduire. (De telles réactions peuvent survenir sur un continuum, l'expression la plus extrême étant une abolition complète de la conscience de l'environnement). N.B. : Chez les enfants, on peut observer des reconstructions spécifiques du traumatisme au cours du jeu.

- B.Présence de neuf (ou plus) des symptômes suivants de n'importe laquelle des cinq catégories suivantes : symptômes envahissants, humeur négative, symptômes dissociatifs, symptômes d'évitement et symptômes d'éveil, débutant ou s'aggravant après la survenue du ou des événements traumatiques en cause :
- Symptômes envahissants
 - sentiment intense ou prolongé de détresse psychique lors de l'exposition à des indices internes ou externes évoquant ou ressemblant à un aspect du ou des événements traumatiques en cause.
- Humeur négative
 - Incapacité persistante d'éprouver des émotions positives (p.ex.incapacité d'éprouver bonheur, satisfaction ou sentiments affectueux).

- B.Présence de neuf (ou plus) des symptômes suivants de n'importe laquelle des cinq catégories suivantes : symptômes envahissants, humeur négative, symptômes dissociatifs, symptômes d'évitement et symptômes d'éveil, débutant ou s'aggravant après la survenue du ou des événements traumatiques en cause :
- Symptômes dissociatifs
 - Altération de la perception de la réalité, de son environnement ou de soi-même (p.ex.se voir soi-même d'une manière différente, être dans un état d'hébétude ou percevoir un ralentissement de l'écoulement de temps).
 - Incapacité de se rappeler un aspect important du ou des événements traumatiques (typiquement en raison de l'amnésie dissociative et non pas à cause d'autres facteurs comme un traumatisme crânien, l'alcool ou des drogues).
- Symptômes d'évitement
 - Effort pour éviter les souvenirs, pensées ou sentiments concernant ou étroitement associés à un ou plusieurs événements traumatiques et provoquant un sentiment de détresse.
 - Effort pour éviter les rappels externes (personnes, endroits, conversations, activités, objets, situations)qui réveillent des souvenirs, des pensées ou des sentiments associés à un ou plusieurs événements traumatiques et provoquant un sentiment de détresse.

- B.Présence de neuf (ou plus) des symptômes suivants de n'importe laquelle des cinq catégories suivantes : symptômes envahissants, humeur négative, symptômes dissociatifs, symptômes d'évitement et symptômes d'éveil, débutant ou s'aggravant après la survenue du ou des événements traumatiques en cause :
- Symptômes d'éveil
 - Perturbation du sommeil (p.ex.difficulté d'endormissement ou sommeil interrompu ou agité)
 - Comportement irritable ou accès de colère (avec peu ou pas de provocation) qui s'exprime typiquement par une agressivité verbale ou physique envers des personnes ou des objets
 - Hypervigilance
 - Difficultés de concentration
 - Réaction de sursaut exagérée

- Trouble stress aigu
- C. La durée de la perturbation (des symptômes du critère B) est de 3 jours à 1 mois après l'exposition au traumatisme.
N.B. : Les symptômes débutent typiquement immédiatement après le traumatisme mais ils doivent persister pendant au moins 3 jours et jusqu'à 1 mois pour répondre aux critères diagnostiques du trouble.
- D. La perturbation entraîne une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.
- E. La perturbation n'est pas due aux effets physiologiques d'une substance (p.ex. médicament ou alcool) ou une autre affection médicale (p.ex. lésion cérébrale traumatique légère), et n'est pas mieux expliquée par un trouble psychotique bref.

- Trouble stress aigu
- La nosologie française parle du syndrome psychotraumatique qui « recouvre en fait la vaste gamme –un panorama- de tous les états pathologiques,
 - immédiats, post-immédiats ou différés,
 - éphémères, transitoires ou durables (voire chronicisés)
 - pauci ou pluri symptomatiques, modérés ou sévères,
 - psychologiquement bien tolérés ou très perturbants, peu incapacitants ou socialement invalidants,
- qui sont causés par un traumatisme psychique »

- C'est généralement sous le terme de réaction de « stress » que sa clinique est abordée, emprunt qui chez de nombreux auteurs signe moins une référence doctrinale qu'une certaine conception de la logique de l'immédiat, en mettant l'accent sur les mécanismes adaptatifs et en partie automatiques, de nature principalement bio-physio-neurologique qui s'y développent.
- Les facteurs psychiques n'en sont pas absents mais peuvent être en grande partie déterminés par la réaction « organique » de survie et d'adaptation, se manifestant « dans les sphères cognitive, affective, volitionnelle et comportementale »

- *L'immédiat est marqué par les réactions psychotraumatiques aiguës.*
- Né de l'étude des paniques en milieu militaire puis en milieu civil, ce temps de l'immédiat recouvre celui des réactions survenant dans le moment même de l'événement jusqu'à environ 6 heures après celui-ci.
- Passé ce délai, les réactions obéissent à une autre logique, celle du post-immédiat.

- Passé ce délai, les réactions obéissent à une autre logique, celle du post-immédiat.
- Nous sommes ici dans la phase de l'urgence, urgence à s'ajuster à une situation qui s'est brutalement métamorphosée en un monde et/ou un autrui hostiles.
- La dissociation en est le critère diagnostique central

- *Le post-immédiat ou temps de latence*
- C'est la persistance de l'inquiétude et de l'angoisse, la formation de phobies : les sujets deviennent des prospecteurs de leur environnement afin de rechercher les stimuli qui peuvent leur rappeler ce qu'ils ont vécu.
- Deux issues sont possibles à ce temps de latence :
 - soit le sujet est parvenu, au prix d'un travail intérieur d'intégration, à surmonter l'impact de l'événement,
 - soit il n'y est pas parvenu et les défenses qu'il avait pu mettre en place s'épuisant, il développe un syndrome psychotraumatique qu'il ne parvient plus à endiguer, et qui infiltre dès lors de toutes parts son existence.

- Tentative de réponse à de nombreuses questions
 - Qu'est-ce que la dissociation ?
 - S'agit-il d'une fragmentation de la personnalité entre émotion traumatique et adaptation normale selon la théorie de Janet ?
 - S'agit-il d'un élément essentiel du stress post-traumatique ?
 - Est-elle une adaptation normale à un événement extrême ou est-elle une pathologie ?
 - De quelle façon le phénomène dissociatif construit-il ou déconstruit-il la personnalité des enfants et adultes confrontés à des événements traumatiques répétés?

- Les réactions dissociatives péri-traumatiques se traduisent par :
 - l'amnésie dissociative,
 - la stupeur dissociative,
 - les troubles somatoformes dissociatifs,
 - le trouble de dépersonnalisation,
 - la déréalisation,
 - les actions automatiques et la distorsion temporelle.

- Dans cette nouvelle édition du DSM, plus que la dissociation, c'est l'hyperactivation neurovégétative qui semble être le pivot central du développement d'un trouble ultérieur

- *Peut-on soigner ?*
- Temps de défense pouvant aboutir (respect de l'effort du travail psychique)
- Soutien, facilitations par des tuteurs de résilience : prévention
 - Soutien affectif (présence, adresse auditive, empathie, partage des émotions)
 - Offre du sens
 - Si hyperactivation neurovégétative : Tranquillisants notamment bêta-bloquant : *Propranolol (Indéral^R)*

- Trauma- and Stressor-Related Disorders (Troubles liés à des traumatismes ou à des facteurs de stress)
- Quelle forme prend cette souffrance ?
- Initialement classé dans les troubles anxieux, ces troubles migrent donc vers une nouvelle catégorie dans DSM-5 :
 - Trouble réactionnel de l'attachement,
 - Désinhibition du contact social
 - trouble stress post-traumatique
 - Trouble stress aigu
 - le trouble de l'adaptation,
 - autres troubles liés à des traumatismes ou à des facteurs de stress spécifiés
 - et troubles liés à des traumatismes ou à des facteurs de stress non spécifiés.

- A. Survenue de symptômes émotionnels ou comportements en réponse à un ou plusieurs facteur(s) de stress identifiable(s), dans les trois mois suivant l'exposition au(x) facteur(s) de stress
- B. Ces symptômes ou comportements sont cliniquement significatifs, comme en témoignent un où les deux événements suivants :
 - (1) détresse marquée, hors de proportion par rapport à la gravité ou à l'intensité du facteur de stress, compte tenu du contexte externe et des facteurs culturels qui pourraient influencer la gravité des symptômes et la présentation
 - (2) altération significative du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines de la vie

- C. La perturbation causée par le facteur de stress ne répond pas aux critères d'un autre trouble mental et n'est pas simplement une exacerbation d'un trouble mental préexistant
- D. Les symptômes ne sont pas ceux d'un deuil normal
- E. Une fois que le facteur de stress ou ses conséquences sont terminés, les symptômes ne persistent pas au-delà d'une période additionnelle de 6 mois.

➤ *Spécifier si :*

- avec humeur dépressive : baisse de l'humeur, larmoiement ou sentiment de désespoir sont au premier plan
- avec anxiété : nervosité, inquiétude, énervement ou anxiété de séparation sont au premier plan
- Mixte avec anxiété et humeur dépressive : une combinaison d'anxiété et de dépression sont au premier plan
- avec perturbation des conduites : la perturbation des conduites est au premier plan
- Avec perturbation mixte des émotions et des conduites : les symptômes émotionnels (p.ex. dépression, anxiété) et la perturbation des conduites sont au premier plan
- non spécifié : pour les réactions inadaptées qui ne sont pas classables comme un des sous-types spécifiques du trouble de l'adaptation

- Trauma- and Stressor-Related Disorders (Troubles liés à des traumatismes ou à des facteurs de stress)
- Quelle forme prend cette souffrance ?
- Initialement classé dans les troubles anxieux, ces troubles migrent donc vers une nouvelle catégorie dans DSM-5 :
 - Trouble réactionnel de l'attachement,
 - Désinhibition du contact social
 - trouble stress post-traumatique
 - Trouble stress aigu
 - le trouble de l'adaptation,
 - autres troubles liés à des traumatismes ou à des facteurs de stress spécifiés
 - et troubles liés à des traumatismes ou à des facteurs de stress non spécifiés.



Troubles dissociatifs

- Trouble dissociatif de l'identité
- Amnésie dissociative
- Dépersonnalisation/déréalisation
- Autre trouble dissociatif spécifié
- Trouble dissociatif non spécifié

Troubles dissociatifs

- Trouble dissociatif de l'identité
- Perturbation de l'identité caractérisée par deux ou plusieurs états de personnalité distincts, ce qui peut être décrit dans certaines cultures comme une expérience de possession. La perturbation de l'identité implique une discontinuité marquée du sens de soi et de l'agentivité, accompagnée d'altérations, en rapport avec celle-ci, de l'affect, du comportement, de la conscience, de la mémoire, de la perception, de la cognition et/ou du fonctionnement sensori-moteur. Ces signes et ces symptômes peuvent être observés par les autres ou rapportés par le sujet lui-même.
- Fréquents trous de mémoire dans le rappel d'événements quotidiens, d'informations personnelles importantes et/ou d'événements traumatiques, qui ne peuvent pas être des oublis ordinaires.
- Les symptômes sont à l'origine d'une détresse cliniquement significative ou d'une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.
- La perturbation ne fait pas partie d'une pratique culturelle ou religieuse largement admise. N.B. : Chez l'enfant, les symptômes ne s'expliquent pas par la représentation des camarades de jeu imaginaires ou d'autres jeux d'imagination
- G. Les symptômes ne sont pas imputables aux effets physiologiques d'une substance (p.ex. les trous de mémoire ou les comportements chaotiques au cours d'une intoxication par l'alcool) ou une autre affection médicale (p.ex. des crises comitiales partielles complexes).

Troubles dissociatifs

- Amnésie dissociative
- Incapacité de se rappeler des informations autobiographiques importantes, habituellement traumatiques ou stressantes, qui ne peut pas être un oubli banal. N.B. : L'amnésie dissociative consiste en une amnésie localisée ou sélective pour un ou plusieurs événements spécifiques ; ou bien en une amnésie globale de son identité et de son histoire.
- Les symptômes sont à l'origine d'une détresse cliniquement significative ou d'une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.
- La perturbation n'est pas imputable aux effets physiologiques d'une substance (p.ex. l'alcool ou d'autres drogues donnant lieu à un abus, un médicament) ou à une autre affection neurologique ou médicale (p.ex. des crises comitiales partielles complexes, une amnésie globale transitoire [ictus amnésique], les séquelles d'un traumatisme crânien ou cérébral fermé, une autre maladie neurologique).
- G. La perturbation ne s'explique pas mieux par un trouble dissociatif de l'identité, un trouble stress post-traumatique, un trouble stress aigu, un trouble à symptomatologie somatique, un trouble neurocognitif majeur ou léger.
- *Spécifier si :*
 - Avec fugue dissociative : Voyage apparemment intentionnel ou errance en état de perplexité associés à une amnésie de son identité ou d'autres informations autobiographiques importantes.

Troubles dissociatifs

- Dépersonnalisation/déréalisation
- Expériences prolongées ou récurrentes de dépersonnalisation, de déréalisation, ou bien de deux :
- Pendant les expériences de dépersonnalisation ou de déréalisation, l'appréciation de la réalité demeure intacte.
- Les symptômes sont à l'origine d'une détresse cliniquement significative ou d'une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.
- La perturbation n'est pas imputable aux effets physiologiques d'une substance (p.ex. l'alcool ou d'autres drogues donnant lieu à un abus, un médicament) ou à une autre affection neurologique ou médicale (p.ex. des crises comitiales partielles complexes, une amnésie globale transitoire [ictus amnésique], les séquelles d'un traumatisme crânien ou cérébral fermé, une autre maladie neurologique).
- G. La perturbation n'est pas mieux expliquée par un autre trouble mental, comme une schizophrénie, un trouble panique, un trouble dépressif caractérisé, un trouble stress aigu, un trouble stress post-traumatique ou un autre trouble dissociatif.

Troubles dissociatifs

- Autre trouble dissociatif spécifié
- Cette catégorie s'applique aux tableaux cliniques ou prédominant des symptômes caractéristiques d'un trouble dissociatif, entraînant une détresse cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants, sans toutefois remplir complètement les critères de l'un des troubles du chapitre des troubles dissociatifs... Des exemples de tableaux cliniques qui peuvent être qualifiés par la désignation « autre trouble spécifié » sont les suivants :
 - Syndromes chroniques et récurrents de symptômes dissociatifs mixtes : Cette catégorie inclut des perturbations de l'identité associées à des failles non graves dans le sens du soi et de l'angoisse, ou à des altérations de l'identité ou à des épisodes de possession chez une personne qui ne rapporte pas une amnésie dissociative.
 - Perturbations de l'identité dues à des environnements de persuasion coercitive intense et prolongée : Les personnes qui ont été soumises à des environnements de persuasion coercitive intense (p.ex. lavage de cerveau, rééducation idéologique, endoctrinement chez des prisonniers, torture, emprisonnement politique prolongé) peuvent présenter des modifications durables ou des questionnements conscients concernant leur identité.

Troubles dissociatifs

- Autre trouble dissociatif spécifié
- Cette catégorie s'applique aux tableaux cliniques où prédominent des symptômes caractéristiques d'un trouble dissociatif, entraînant une détresse cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants, sans toutefois remplir complètement les critères de l'un des troubles du chapitre des troubles dissociatifs... Des exemples de tableaux cliniques qui peuvent être qualifiés par la désignation « autre trouble spécifié » sont les suivants :
 - Réactions dissociatives aiguës à des événements stressants : Cette catégorie s'adresse à des situations aiguës et transitoires qui durent typiquement moins de un mois, et parfois seulement quelques heures ou quelques jours. Ces situations sont caractérisées par une restriction du champ de conscience, e la dépersonnalisation, de la déréalisation, des perturbations des perceptions (p.ex. ralentissement du temps, macropsie), des micro-amnésies, une stupeur transitoire et/ou des altérations du fonctionnement sensori-moteur (p.ex. analgésie, paralysie).
 - Transe dissociative : Cette situation est caractérisée par une restriction aiguë ou une perte complète de la conscience de son environnement immédiat, ce qui se manifeste par un manque profond de réactivité ou une insensibilité aux stimuli environnementaux. Ce manque de réactivité peut être accompagné par des comportements stéréotypés (p.ex. mouvements des doigts) dont la personne n'est pas consciente ou qu'elle ne peut pas contrôler, ainsi que par des paralysies ou une perte de connaissance transitoire. La transe dissociative ne fait pas partie des pratiques religieuses ou culturelles collectives généralement admises.

Questions de pec

- Diagnostic dans le transfert en plus du descriptif
- Compréhension protectrice, supervision et intervention
- Prise en charge par l'équipe, institutionnelle
- Multidisciplinarité
- Techniques spécifiques : multiples
 - Thérapie à médiation corporelle – temps de l'immédiat
 - Narrative – catharsis
 - Comportementale
 - Systémique, de groupe
 - Chimiothérapie AD et autres

Grille d'évaluation

Item	Côte	Commentaire
Matière		
Méthodologie :		
Participation		
Facilitation		
Logistique		



LA PSYCHOTHERAPIE

**Pour LA COORDINATION EN SANTE MENTALE
Théophile KASHINU, Psychologue Clinicien**

1. LA PSYCHOTHERAPIE

Dans le domaine psychiatrique et en clinique psychopathologique moderne, l'aide aux personnes mentalement ou socialement perturbées ou qui présentent des troubles de comportement fait intervenir une gamme très variée de techniques psychologiques avec des niveaux d'efficacité fort diversifiés. Chaque technique est sous-tendue par une théorie et des hypothèses implicites ou explicites. La ligne de démarcation entre ces techniques est la référence ou non à la psychanalyse.

1.1. Définition

La **psychothérapie** désigne le traitement ou l'accompagnement par un individu formé à cela, d'une ou plusieurs personnes souffrant de problèmes psychologiques, parfois en complément d'autres types d'interventions à visée thérapeutique (médicaments, neurostimulation, etc.). Suivant les patients (enfant ou adulte), le type et la sévérité du trouble, et le contexte de l'intervention, il existe de nombreuses formes de psychothérapies qui s'appuient sur autant de pratiques différentes reposant elles-mêmes sur des approches théoriques diverses et parfois contradictoires.

La plupart reposent néanmoins sur l'établissement d'une relation interpersonnelle entre le patient et le thérapeute dans le cadre d'un contrat explicite de soin. Elle se distingue en cela des pratiques d'accompagnement de l'individu sain (coaching, développement personnel) parfois menées dans un cadre spirituel, religieux voire sectaire.

L'examen du concept de psychologie pourrait laisser croire qu'il s'agirait du traitement de l'esprit ou des soins des maladies mentales, définition qui renvoie à l'objet de la psychiatrie qui est une branche médicale qui étudie, décrit et soigne les maladies psychiques et les anomalies du comportement.

1.2. Essai de classification des psychothérapies

En 1996, MORO, MARIE-ROSE et LACHAL avaient recensé jusqu'à 400 formes de psychothérapies en usage dans les sociétés occidentales. Certaines de ces techniques se prévalent d'un projet scientifique avec des préoccupations de mesure d'évaluation, d'autres au contraire, centrées sur la personne et dans une perspective phénoménologique et de signification se réclament du NEO-HUMANISME en insistant sur le vécu la « personne » en détresse qu'il faut aider sans objectifs métriques et évaluatifs.

Face à cette multiplicité des méthodes et des techniques des psychothérapies, il s'est avéré important de tenter un essai de catégorisation de regroupement en mettant en évidence les éléments qui en constituent le dominateur commun.

1.2.1. Critère de classification

Opérer un regroupement des méthodes de thérapies s'avère d'un abord difficile. On peut se demander en effet quel est l'axe à privilégier pour les différencier. Citons quelques voies d'entrer possibles révélatrices de la complexité du problème :

a. Les références à la théorie de base des psychothérapies

On peut distinguer les psychothérapies selon qu'elles se réfèrent à la psychanalyse, au behaviorisme, au cognitivisme, aux théories de l'information (cybernétique), etc.

b. Les références aux techniques

On peut différencier les techniques qui utilisent l'hypnose, la suggestion, l'interprétation symbolique des associations d'idées dans les psychothérapies d'inspiration

psychanalytique d'une part et de l'autre les techniques de conditionnement et l'apprentissage (comportementaliste), de réflexion et de représentation (cognitivisme), de relaxation (psychothérapie corporelle), etc.

c. Les références aux aspects formels (la manière dont on conduit une thérapie)

On peut catégoriser les psychothérapies en fonction :

- De la durée : psychothérapie au long cours et les psychothérapies brèves
- Du groupe cible ou du choix des personnes : psychothérapies collectives et individuelles, psychothérapies familiale et institutionnelles, psychothérapies mère-bébé, psychanalyse avec les enfants, etc.
- En fonction des indications : psychothérapies des psychotiques et des névrosés

d. Les références aux objectifs

Les psychothérapies réactives cathartiques (soulager l'individu), les psychothérapies de réassurance et de soutien, les psychothérapies de restructuration de la personnalité profonde (psychanalyse), les psychothérapies de conseil et de guidance (counseling), de déconditionnement, etc.

Les critères de différenciations sont ainsi nombreux sans que cela ne débouche sur une classification opératoire dans la mesure où en réalité la plupart des psychothérapies présentent des zones de chevauchements.

La question à se poser est donc « quelle psychothérapie et pour quel patient et par quel thérapeute devant un cas donné ? »

Dès lors le choix pour une psychothérapie déterminée ne relève plus d'une classification mais d'une stratégie qui doit prendre en compte d'autres variables notamment la nature du problème, la capacité de communiquer, l'âge, le niveau de culture, l'état psychologique du patient, etc.

Nous allons examiner quelques techniques de psychothérapies les plus utilisées sans soucis aucun de privilégier un quelconque système de classification.

Depuis la seconde moitié du XX^e siècle, le nombre d'approches psychothérapiques a crû de manière très importante. De nos jours, il existe cinq groupes de psychothérapies sur lesquelles portent la quasi-totalité des études scientifiques et cliniques réalisées :

- les psychothérapies psychanalytiques (et celles qui en dérivent);
- les thérapies cognitivo-comportementales ;
- les thérapies systémiques ;
- les thérapies humanistes ;
- les thérapies corporelles.

❖ **Psychothérapies psychanalytiques**

La théorie utilisée dans cette approche a été théorisée par Sigmund Freud. Elle vise à mettre au jour, dans le cadre d'une relation dite de transfert les causes et mécanismes inconscients d'une souffrance psychique qui peut se traduire par des conduites symptomatiques : hystérie, phobie, névrose obsessionnelle, névrose traumatique, dépression, psychose, perversion, etc. On différencie la « cure type », classique (nombre de séances hebdomadaires — 2 à 4 —, patient allongé sur un divan, paiement des séances...), de la psychothérapie d'inspiration psychanalytique (face à face, intervention de la Sécurité sociale lorsqu'elle est pratiquée par un psychiatre). Cette dernière peut durer de quelques séances (psychothérapie brève) à plusieurs années.

Les éléments essentiels de la technique analytique –type

Il y a huit éléments de la technique analytique à partir desquels certaines variantes techniques sont apparues :

1. La confiance quasi exclusive pendant la séance entre analysant (patient) et analyste (thérapeute) ;
2. L'établissement d'un contrat clair en ce qui concerne notamment la régularité de l'heure et de la durée des séances ainsi qu'un accord financier ;
3. Le respect de la fréquence des séances
4. Le maintien pendant la cure de la position couchée sur un divan et l'impossibilité de regarder le thérapeute ;
5. La limitation de l'activité de l'analyste essentiellement à l'interprétation ou à des interventions purement informatives avec des questions occasionnelles pour une mise en épreuve de la réalité ;
6. Le refus de répondre au désir de transfert de l'analysé, l'analyste adoptant une attitude de neutralité voire de passivité indicatrice de son objectivité bienveillante ;
7. L'attitude non directive de l'analyste : celui-ci s'abstient des conseils et n'intervient pas et ne participe d'aucune manière à la vie quotidienne du patient ;
8. Le thérapeute ne s'attaque pas directement aux symptômes mais favorise l'expression des associations libres.

Dans les thérapies néo-psychanalytiques ou d'inspirations psychanalytiques au contraire le thérapeute est plus actif. Il existe une interaction entre le patient et le thérapeute. Pour mieux *aider* le patient il doit adopter une attitude calme et sereine, afficher son intérêt constant pour le patient, se montrer prêt à l'aider en faisant preuve de compréhension et de compassion.

❖ Approche cognitivo-comportementale

La psychothérapie cognitivo-comportementale résulte de l'association des thérapies comportementales et des thérapies cognitives et qui ont comme base communes des théories de la psychologie dite scientifique. Les distorsions cognitives (inférence, abstraction sélective, sur généralisation, maximalisation, minimalisation, raisonnement dichotomique, personnalisation...) expliqueraient la maladie mentale.

Le thérapeute est actif et directif et garde avec le patient une bonne relation ; il lui est lié par un contrat prévoyant les résultats escomptés, et il encourage le patient à prendre un rôle actif. Ses interventions sont centrées sur l'ici et maintenant. Par rapport au critère « temps », elles font partie des psychothérapies brèves.

La plupart des behaviors thérapie se réclament à la fois du comportementaliste et de cognitivisme malgré l'existence des nuances ;(car on ne peut pas changer le comportement de façon hardiesse on change d'abord la cognition et ensuite le comportement).

❖ Les psychothérapies comportementales

Définition

Selon EYSENK, la behavior therapy représente la tentative de modifier le comportement humain et les émotions de manière bénéfique par des lois de la théorie moderne de l'apprentissage. Ces thérapies ont pour but le déconditionnement d'un sujet pour transformer un comportement pathologique acquis en une conduite adaptée. Elles reposent sur le behaviorisme ou le comportement dont la base théorique se fonde sur la notion de l'apprentissage qui modifie et façonne progressivement le comportement humain.

Quelques principes généraux en behavior therapy

Les thérapies comportementales sont en fait un ensemble des stratégies spécifiques applicables dans des situations particulières. On peut tenter néanmoins de dégager quelques principes et stratégies de base :

1° on établit d'abord avec les patient un contrat définissant les modalités générales de la cure, pour cela il faut :

- Préciser les comportements inadaptés ;
- Elaborer et expliquer aux patients les stratégies thérapeutiques ;
- Estimer la durée et le résultat du traitement.

2° on devra ensuite analyser avec précision le comportement pathologique : début du trouble, fréquence d'apparition, facteurs déclenchant ou aggravants, conduite d'évitement, interaction avec l'entourage.

3° on va enfin quantifier des comportements cibles en précisant leurs fréquences et durée avant et après le traitement.

❖ Les psychothérapies cognitives

Définition

Les techniques cognitives sont des thérapies brèves axées sur la prise de conscience par le patient de la distorsion avec laquelle il appréhende les événements de son existence. Ces techniques prennent en compte les interactions entre l'organisme, son entourage et les événements internes c'est-à-dire invisibles : les pensées, les discours intérieurs, les images mentales. Ces techniques sont nées de la rencontre entre les champs d'application de la psychologie cognitive et le champ de la pathologie psychotique.

La démarche thérapeutique des cognitivistes

Ils attribuent aux symptômes une valeur négative et la thérapie a pour objectif de modifier ces erreurs. La valeur éventuellement adaptative des symptômes n'est pas prise en considération. La normalité est définie selon les critères quantitatifs.

En clinique il s'agit de différencier trois catégories d'éléments :

- a. Les schémas cognitifs : ce sont des schémas inconscients stockés dans la mémoire au long terme et qui fonctionnent de façon automatique. Ils sont déterminés par l'apprentissage et par une vulnérabilité biologique.
- b. Les processus cognitifs : ce sont des règles logiques de transformation de l'information permettant de dépasser les schémas cognitifs inconscients aux pensées préconscientes dites automatiques, puis à la conscience.
- c. Les événements cognitifs : c'est le matériau sur lequel travaillent conjointement le patient et le thérapeute : pensées, images mentales, monologues intérieurs, émotion, comportement. Cela implique une décentration du patient par rapport à son monde intérieur, ce qu'on peut décrire comme une métacognition.

❖ Psychothérapies systémiques et familiales

Les psychothérapies d'inspiration systémiques peuvent être individuelles ou familiales. Elles examinent les troubles psychologiques et comportementaux du membre d'un groupe comme un symptôme du dysfonctionnement du dit groupe (généralement la famille). La thérapie

familiale systémique implique un traitement du groupe et une participation de tous ses membres.

Les thérapies systémiques familiales ne sont pas des thérapies dites de groupe, leur caractère familial signifie qu'elles tiennent compte de l'implication de tous les membres qui composent la famille, mais ne traitent pas tous les membres en groupe. L'accent est mis sur la façon dont les autres membres de la famille (par rapport au « malade » désigné) entretiennent un comportement perturbé.

Nous naissons et nous grandissons dans une famille où s'instaurent nos premiers modes de relation, essentiellement avec notre père et notre mère. Et là, se nouent des conflits psychiques qui seront à la base de tous nos troubles, que nous projetterons ensuite pendant toute la vie sur nos interlocuteurs. Non seulement sur cette famille dont nous ne sommes jamais détachés mais aussi sur notre conjoint.

Les psychothérapies familiales s'adressent en général à des familles dont un enfant présente des troubles graves, psychotiques ou gravement névrotiques, éventuellement des troubles du comportement ou des troubles du comportement alimentaire sérieux.

Elles reposent sur le principe selon lequel un enfant perturbé fait partie d'une famille troublée elle-même dans son ensemble. Il est en quelque sorte le symptôme visible de cette famille malade.

On ne pourra donc le guérir sans aborder tous les aspects des interactions qui règlent le fonctionnement complexe du groupe familial. Il faut garder à l'esprit que tout groupe exige pour subsister une certaine stabilité, et que toucher à l'un de ses membres peut déséquilibrer les autres.

❖ **Les psychothérapies de couple**

Les thérapies de couple représentent un cas particulier de ces thérapies de groupe. Leur nécessité découle du rôle très important que joue la famille dans la société.

A qui s'adressent-elles ?

- A des couples où règne une insatisfaction mutuelle ou à des couples en crise, qui viennent librement consulter ;
- A des couples où s'exercent des maltraitances à enfant, et ici il s'agira d'injonctions de soins judiciaires.
-

Par qui sont-elles pratiquées ?

- Soit par des conseillers conjugaux, qui sont des profanes ayant reçu une formation spécifique, et qui ont pour mission de servir de médiateurs entre les deux membres du couple. Ils font percevoir à chacun d'eux ses prises de position irrationnelles, le plus souvent inconscientes, qui aboutissent à des conflits réels dans la vie quotidienne ;
- Soit par des psychanalystes, rompus à la thérapie de groupe. Ils permettent d'obtenir une modification profonde dans le rapport entre les deux membres du couple et de restaurer une communication rompue. Ils vont également prendre en compte les aspects transgénérationnels toujours présents (tendance à projeter les conflits non résolus avec ses propres parents dans son couple actuel).
-

Comment se déroulent-elles ?

Ce sont des séances d'une heure environ qui réunissent les deux membres du couple et un thérapeute, et que l'on répète une ou deux fois par mois, quelquefois plus souvent en cas de crise aiguë.

Une condition absolue : que chacun des membres du couple soit sincèrement résolu à changer, et non à vouloir que seul l'autre change.

❖ Les psychothérapies brèves et de Soutien

Le terme de psychothérapie de soutien définit un objectif thérapeutique qui ne renvoie pas à une théorie et une technique clairement définie. L'objectif est avant tout d'aider la personne à supporter ses symptômes ou ses souffrances, le primat de toute psychothérapie. Ensuite, et dans l'absolu, un thérapeute de soutien devrait être en mesure d'aider son patient à trouver la théorie et la technique la plus adaptée à sa problématique et en conséquence à le rediriger vers le thérapeute maîtrisant cette technique ; si lui-même ne la maîtrise pas.

Elle est une psychothérapie de recouvrement ; l'enjeu n'est pas d'obtenir un changement chez le patient mais de l'amener à retrouver un équilibre rompu par la crise. L'attitude fondamentale est l'empathie.

❖ Thérapies utiles dans certaines situations particulières :

Méthode des alcooliques anonymes (AA)

La méthode des alcooliques anonymes tend à connaître des champs d'applications de plus en plus vastes sur tous les comportements d'addiction (alcool, drogue, jeu, etc.). Il s'agit d'une thérapie qui utilise le soutien par les pairs, à travers des réunions de groupe, en général pour une durée indéfinie,

Le traitement proposé par les Alcooliques Anonymes aide l'alcoolique non seulement à arrêter de boire, mais aussi à fonctionner dans la société après l'arrêt de consommation d'alcool.

Le counseling

Est une forme d'aide qui ne porte aucun jugement. Il s'agit d'une démarche qui permet à un individu d'accéder à une nouvelle conscience de lui-même grâce au soutien offert par une autre personne.

Les caractéristiques du counseling :

- La confidentialité : il s'agit de garder secret pour tout ce qui concerne la personne aidée ; elle permet de faciliter la relation de confiance de la part du patient et de promouvoir l'image de l'institution
- Ne pas juger : il faut accepter son attitude, sa prise de position, sa compréhension de la situation
- Ne pas penser qu'on peut oublier ou souffrir moins : il ne faut pas minimiser les événements traumatiques vécus par le patient
- Ne pas penser a priori que la personne ne va pas bien
- Ne jamais manifester la pitié
- Manifester une attitude empathique
- Être soi-même suffisamment équilibré pour pouvoir aider les autres
- Pour l'entretien, choisir un endroit sûr et tranquille
- Prévoir le temps nécessaire
- Établir une relation de confiance
- Apporter un réconfort et un soutien
- Permettre l'expression des sentiments
- Aider le patient à comprendre que certaines réactions sont normales
- Valoriser le patient
- Encourager l'autonomie et renforcer le sens de contrôle

- Evaluer les problèmes et finaliser les priorités
- Elaborer un plan d'action
- Assurer le suivi.

Débriefing psychologique après traumatisme psychique

Le débriefing psychologique est une intervention psychothérapique individuelle ou collective qui peut être proposée dans la période de deux à dix jours qui suit un traumatisme psychique. Le débriefing vise à la fois à soulager la douleur psychique causée par le traumatisme, et à réduire le risque de survenue ultérieure de complications psychiatriques (notamment d'un Trouble de stress post-traumatique) ou bien encore à réduire leur intensité. Il est généralement suivi d'un second entretien.

Déroulement d'une séance :

Raphaël PITTI explique que celle-ci doit se faire dans un lieu calme accueillant, 24 à 72 h après l'évènement (mais parfois 1 mois après dans certains cas d'hospitalisation en service de grands brûlés p.ex.)

Il n'y a pas de technique standardisée, voici un exemple de procédure:

1° phase : l'explication des faits

L'animateur se présente, donne l'objectif du débriefing, fixe les règles à respecter, demande à chacun de raconter les faits tels qu'il s'en souvient (odeur, vue, détails...) Chacun est invité à parler en son nom propre. Les participants décrivent l'évènement et les faits ou leurs activités quotidiennes sources de stress.

2° phase : Les émotions

L'animateur fait préciser les sensations et les émotions ressenties par chaque participant. Les victimes décrivent leurs sensations, expriment leurs émotions associées à l'évènement.

3° phase de normalisation

L'animateur rappelle la normalité des réactions éprouvées, donne des explications sur le stress, et fait préciser les symptômes résiduels.

Les victimes partagent les difficultés qu'ils affrontent et les troubles dont ils souffrent.

4° Le futur

L'animateur envisage la suite (départ des uns, poursuite de l'engagement d'autres), repère les participants qui auraient besoin d'un soutien individuel, informe sur la suite de l'opération, prévoit éventuellement un 2ème débriefing.

Les victimes manifestent leurs besoins et leurs désirs.

Les participants doivent repartir apaisés même s'il a pu exister une "hémorragie émotionnelle" au cours de la séance et le rétablissement d'une situation de bien être est un des objectifs essentiel à atteindre.

Narrative exposure therapie ou Thérapie par l'Exposition à la Narration (NET)

Est une forme relativement nouvelle de la psychothérapie pour le traitement de personnes ayant un passé traumatique. Devant le filet, le patient est demandé à parler à plusieurs reprises les événements plus traumatisants et douloureux de leur passé, apitoyer sur la douleur et idéalement réminiscence chaque émotion associée à l'évènement. NET tout nouveau—s'est révélé pour être un traitement efficace à court terme pour des troubles de stress post-

traumatique et est mieux pour les personnes souffrant de dépression qui avez connu passés extrêmement douloureux et dont les troubles de l'humeur découlent directement de ces événements.

Objectifs

L'objectif de la NET est double. Entant que thérapie par exposition, l'un des objectifs est de réduire les symptômes de PTSD en confrontant le patient avec les souvenirs de l'événement traumatique ; un autre objectif consiste à reconstruire la mémoire autobiographique et à aider le patient à élaborer un récit cohérent des souvenirs traumatiques.

Le traitement

NET est censé être un traitement à court terme, compromis de quelques séances par semaine pendant environ quatre à six semaines. NET est plus efficace lorsque le patient à maintes reprises se rapportent et ré-expérimentent les événements plus douloureux de leur passé, ceux amenant la plupart de fois à la douleur. Par conséquent, NET requiert que les patients construire un récit de leur vie, se concentrant principalement sur les événements plus douloureux de leur passé.

Une fois que cela a été établi, le patient parle des événements douloureux passés, en se concentrant plus sur ceux qui déclenchent les réponses émotionnelles plus fortes. L'effet est que les patients subissent une accoutumance de la réaction émotionnelle à la mémoire traumatique, et cette accoutumance conduit à une remise de symptômes du SSPT (trouble de stress post-traumatique). SSPT supprimée, le patient peut subir des autres traitements tels que la thérapie cognitive-comportementale pour les autres troubles de l'humeur.

Utilisation et l'efficacité

NET est plus adapté pour les patients qui ont subi des expériences extrêmement traumatisantes, telles que la guerre ou la torture, qui ont laissé des traces de gras sur leurs personnalités :

1. Reconstruction chronologique active de la mémoire autobiographique-épisode
2. Exposition prolongée aux souvenirs de la mémoire chaude ou sensori-perceptive et activation complète de la structure de peur dans le but de modifier le réseau émotionnel (c'est-à-dire apprendre à séparer le souvenir traumatique de la réponse émotionnelle et appréhender les déclencheurs comme des signaux liés à des associations temporelles), par un récit détaillé et l'imagination de l'événement traumatique
3. Mise en lien des réponses psychophysiologiques et somatosensorielles au contexte spatio-temporel et au contexte de vie (c'est-à-dire compréhension du contexte original d'acquisition et de la réémergence des réponses conditionnées plus tard dans la vie).
4. Réévaluation cognitive des comportements et des patterns (par exemple, les distorsions cognitives, les pensées automatiques, les croyances, les réponses) et les réinterprétations des contenus des significations par un processus de traitement des expériences traumatiques
5. Restauration de la dignité personnelle : satisfaction du besoin de reconnaissance à travers le témoignage, orienté explicitement dans une perspective des droits de l'homme.

La relation entre le thérapeute et le patient : règles de la NET et principes éthiques

Le rôle du thérapeute consiste à guider le patient dans son processus narratif tout en maintenant une attitude empathique et de non jugement. Voici quelques lignes directrices à respecter dans ce processus :

- Le thérapeute n'interprète pas pour le patient
- Le thérapeute ne juge pas le patient

- Le thérapeute s'assure qu'il comprend ce que le patient dit
- Le thérapeute n'entreprend rien durant une séance qui contrecarre le processus narratif
- Le thérapeute agit de façon prévisible et avec intégrité
- Le thérapeute respectera toujours les limites du patient
- Le thérapeute assume l'entière responsabilité de la séance sans prendre une position dominante et sans être envahissant pour le patient
- Le thérapeute ne doit pas transférer le traitement à un autre thérapeute sans préparation
- Le thérapeute garanti une relation de confiance et de confidentialité
- Le thérapeute assure le patient que la relation thérapeutique sera basée sur la coopération

Thérapie communautaire

La **thérapie communautaire** (ou **thérapie communautaire systémique et intégrative**) est une méthode thérapeutique collective créée par le professeur Adalberto Barreto au Brésil. Dans la thérapie communautaire, c'est le groupe qui accueille, soutient et dégage les solutions. Cette thérapie est dite « systémique » parce qu'elle rapproche les difficultés individuelles des interactions sociales. Les individus ne sont pas vus comme isolés mais comme membres d'un réseau relationnel, capable d'autorégulation, de progression, de croissance. Elle est dite « intégrative » parce qu'elle lutte contre l'isolement et l'exclusion, pour la diversité des cultures, des savoir-faire et des compétences. La culture est vue comme une valeur et comme un recours qui permet d'additionner et de multiplier les potentiels de croissance et les capacités à résoudre les problèmes sociaux.

Au cours d'une séance, chansons, poèmes, musique, danse, proverbes, etc.... amenés par les participants, enrichissent la thérapie par la diversité des codes d'expression. À partir de l'écoute des histoires de vie, chacun devient thérapeute de lui-même. Tous sont coresponsables de la recherche de solutions et du dépassement des défis quotidiens dans une ambiance chaleureuse.

Cette thérapie est fondée sur deux présupposés fondamentaux :

1. Même si elle l'ignore, toute personne possède en elle des ressources et des savoirs utiles aux autres, quelles que soient ses conditions sociales, économiques et ses cultures.
2. ces compétences lui viennent des épreuves qu'elle a traversées.

Sur ces bases, les échanges sont résolument horizontaux, puisque ce qui est valorisé n'est pas la différence de statut économique ou universitaire, mais la variété des expériences de vie et à ce niveau, chacun se retrouve à la même enseigne.

Cette thérapie s'organise autour de 5 axes théoriques : la pensée systémique, la théorie de la communication, l'anthropologie culturelle, la pédagogie de Paulo Freire et la résilience (valorisation de l'expérience personnelle). Elle postule que toute société humaine dispose de mécanismes régulateurs efficaces et très importants culturellement. Les possibilités de prévention et de soin de la souffrance psychique et les manières de la soigner sont aussi nombreuses que sont variés les différents contextes, sociétés et cultures existants. Selon cette méthode, toute personne ou tout groupe posséderait en son sein, même s'il n'en a pas conscience et même s'il se trouve en situation de grande précarité, des ressources pour dépasser les difficultés, ressources qui lui viennent du savoir acquis à partir de ses expériences de vie et de sa (ses) culture(s).

Éthique

La thérapie communautaire cherche à rompre avec l'isolement du « savoir scientifique » comme avec celui du « savoir populaire » : elle respecte et met à profit ces deux formes de savoir. Elle œuvre dans une perspective de complémentarité sans rompre avec la tradition et sans nier les apports de la science moderne. Elle met en pratique une «écologie de l'esprit», qui respecte les diversités culturelles et leurs systèmes de représentation.

